

Veertig jaar betrokken en bevlogen

Ina Bettman

Tekst: Shanty Sterke

In september van dit jaar stopt Ina Bettman als opleidingshoofd van de masteropleiding geriatriefysiotherapie van Hogeschool Utrecht (HU). Tijdens haar loopbaan heeft ze veel voor de geriatriefysiotherapie betekend. Ze stond aan de wieg van dit tijdschrift en is jarenlang redactielid geweest. Ze zat in de commissie van de geriatriedagen en van het jaarcongres van de NVFG. Mensen die met haar hebben samengewerkt en haar goed kennen, noemen haar een kartrekker, iemand die steeds vooruitkijkt, out of the box kan denken en niet bang is om nieuwe paden te bewandelen.

Ze begon haar carrière als fysiotherapeut in een verpleeghuis. Maar net als veel fysiotherapeuten wilde Bettman eigenlijk sportfysiotherapeut worden. Nadat ze de opleiding sportfysiotherapie had afgerond, ging ze de trainingsprincipes bij ouderen toepassen. Dat bleek goed te werken. Ze ontdekte dat ze het ook nog heel erg leuk vond om met ouderen te werken en heeft zich daar verder in verdiept.

Fysiotherapie en Ouderenzorg

De NVFG heette destijds de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in Verpleeghuizen. Een echt tijdschrift was er nog niet en de communicatie met de leden verliep via een blad met mededelingen. 'Dat waren dan echt getypte blaadjes, die eens in de zoveel tijd uitkwamen. Samen met John Branten, hij was de stuwende kracht, en Inge Middelveld hebben we toen het blad Fysiotherapie en Ouderenzorg geïnitieerd', vertelt Bettman. Fysiotherapie en Ouderenzorg heet sinds 2016 het Nederlands Tijdschrift voor Geriatrie Fysiotherapie (red). In die tijd was het erg moeilijk om aan kopij te komen. Wat dat betreft is er heel veel veranderd in 30 jaar tijd. Er werden wel fysiotherapie gerelateerde wetenschappelijke onderzoeken gedaan. Maar onderzoekers wilden liever in een Engelstalig tijdschrift publiceren. Tijdschriften



met een hogere ranking, dus meer impact, dan Fysiotherapie en Ouderenzorg. 'Er waren natuurlijk ook heel veel collega's die interessante dingen deden in de praktijk. We zeiden dan: schrijf dat nou eens op, je doet zo'n prachtig project. Maar dat durfden ze niet of in ieder geval gebeurde het heel weinig. Het was heel lastig om mensen te prikkelen om iets op papier te zetten wat ze konden publiceren. We wilden graag laagdrempelig zijn. Dat hoogwetenschappelijke hoefde ook helemaal niet. We waren geen peer reviewed tijdschrift. We hadden gewoon een kritische redactie. We wilden ook stukken van andere disciplines, interdisciplinaire stukken en zo, maar ook dat was moeilijk. Dus we probeerden tijdens congressen spre-

kers te enthousiasmeren. Dat waren dan toch vaak de mensen die veel publiceerden, de gearriveerde onderzoekers. Die zagen vaak wel het belang van Nederlandstalige publicaties omdat ze ook wel wisten dat fysiotherapeuten de Engelstalige artikelen toch niet gingen lezen. Ze wilden dan wel zorgen voor een Nederlandstalige versie voor Fysiotherapie en Ouderenzorg. Dat was heel fijn. We kregen daar altijd goede reacties op. Tegenwoordig worden Engelstalige artikelen makkelijker gelezen dan 30 jaar geleden’.

... ik hoop dat degene die haar opvolgt dit met eenzelfde betrokkenheid en enthousiasme kan doen...

Na haar vertrek als redactielid is ze altijd indirect betrokken gebleven bij het tijdschrift. ‘Vanuit de opleiding stimuleer ik studenten om stukken op te sturen. De docenten doen dat ook. We zeggen: je hebt een heel goed stuk geschreven, stuur het in naar de redactie en kijk of je het gepubliceerd krijgt. Het is zo zonde. Er worden zoveel interessante reviews geschreven en wetenschappelijke onderzoeken gedaan die echt vanuit de praktijk komen. Ook als uit een onderzoek geen positief resultaat naar voren komt, is het interessant. Dat weet je dan in ieder geval’.

Hogeschool Utrecht

In 2005 begon de Hogeschool Utrecht als eerste in Nederland met een masteropleiding geriatriefysiotherapie. Daarvoor was er een post-hbo opleiding *verpleeghuisfysiotherapie*. Bettman zat in een stuurgroep van de Post-HBO opleiding. Achter de schermen toetste de stuurgroep het programma. Ze raakte betrokken bij de opleiding toen ze werd gevraagd om opdrachten te beoordelen. ‘Later ben ik docent geworden en cursussen gaan geven die gerelateerd waren aan de ouderenzorg. Toen Hans van Herwaarden vertrok als hoofd van de opleiding ben ik hoofd geworden’.

De afgelopen jaren heeft zij samen met anderen de masteropleiding vorm en inhoud gegeven. De start van de masteropleiding was best een moeizame periode, volgens Bettman. ‘In die tijd had niemand echt de intentie om master te worden. Mensen wilden wel

geriatriefysiotherapeut worden, maar niet per se master. Onze opleiding zat stevig in de wetenschap en daar schrokken mensen van. Nu is dat heel vanzelfsprekend. Er worden andere eisen aan fysiotherapeuten gesteld. Ik denk dat dat goed is. Daar zullen best mensen over struikelen. Maar je moet tegenwoordig gewoon meer van wetenschap weten. Je hoeft heus geen wetenschappelijk onderzoeker te worden. Maar wel een basis hebben en je kunnen evalueren en vernieuwen. Niet dingen doen, omdat je het altijd zo doet. Er zijn zoveel ontwikkelingen. Die kun je nooit helemaal bijhouden, maar wel de algemene lijn. Daar helpt een meer generieke basis bij’.

Els Mulder is opleidingsmanager bij het Instituut voor Bewegingsstudies aan de HU en heeft in die hoedanigheid veel met Bettman samengewerkt. Ze typeert haar als heel authentiek, betrouwbaar, rustig, consciëntieus, gericht op samenwerking en gericht op het geheel. ‘Daarbij probeerde ze haar geriatriemaster zo goed mogelijk te positioneren binnen de Hogeschool, maar ook in het werkveld en ook bij het lectoraat. Ze is echt een persoonlijkheid en heeft haar eigen visie en mening. Die ventileert ze ook. Soms wijkt deze af van wat anderen vinden. Ze laat dan een ander geluid horen en dat is heel mooi aan haar’.

Haar eigen visie laat Bettman onder meer zien tijdens beleidsoverleggen op de Hogeschool. Wanneer het een bepaalde kant op gaat, blijft ze zich altijd afvragen: ‘waar heb je nou als professional baat bij? Wat kan het vak - en, voor de geriatriefysiotherapie heel erg van belang - wat kan ons vak nou helpen?’ Er worden soms eisen aan docenten gesteld waar geriatriefysiotherapie nog niet aan kan voldoen, zoals dat docenten voor derdejaars gepromoveerd moeten zijn. ‘Ik ben het er helemaal mee eens dat de docenten hoger opgeleid moeten zijn dan de mensen die ze opleiden. Maar als je geen gepromoveerde geriatriefysiotherapeuten hebt, dan kun je ze dus ook niet voor de klas zetten. Er zijn natuurlijk een heleboel mensen die gepromoveerd zijn en zich met ouderen en fysiotherapie bezighouden. Maar echt gepromoveerde geregistreerde geriatriefysiotherapeuten, dat zijn er maar twee in Nederland. Dus je moet heel goeie mensen hebben die hun vak verstaan en die onderzoek doen en van geriatriefysiotherapie weten. Die moet je betrekken bij de opleiding. Maar je kan niet zeggen: ze moeten gepromoveerd zijn. Dat is te eenzijdig, omdat

dan het perspectief van de geriatriefysiotherapie uit beeld dreigt te raken.'

De beroepsvereniging

Laura den Boeft, bestuurslid van de NVFG, heeft met Bettman samengewerkt op de Hogeschool en ziet haar als een van de meest trouwe bezoekers van de ledenvergaderingen. Ze kent haar als een prettige persoonlijkheid die rust uitstraalt en prijst vooral haar betrokkenheid en haar brede inzet bij allerlei kanten van het vak: opleiding, congrescommissie en vereniging. 'Over de hele linie heeft ze veel betekend voor het vak. In de ledenvergadering, ik doe dit acht jaar, was zij er eigenlijk altijd wel bij en dan ook met goeie inbreng'. Van de opleidingen geriatriefysiotherapie is de HU echt wel de opleiding die het contact houdt, en de verbinding zoekt, met de vereniging, volgens Den Boeft. 'Ik heb het idee dat zij daar wel de voortrekker in is. Ik hoop dat degene die haar opvolgt dit met eenzelfde betrokkenheid en enthousiasme kan doen'

'Ik kan natuurlijk niet over mijn graf heen regeren', grapt Bettman. 'Het is een soort bevlogenheid en ik hoop dat andere mensen dat over gaan nemen. Er zijn natuurlijk wel meer bevlogen leden. De NVFG heeft een lastige taak om het vak te profileren. Er zijn nog relatief weinig geriatriefysiotherapeuten. Het is de taak van de vereniging om er meer van te krijgen, maar ook om ze een goeie positie te geven. Dat is een hele lastige. De NVFG houdt zich daar dag en nacht mee bezig. Het gaat moeizaam. Dat is mijn observatie. Van de ene kant wil je echt dingen voor de geriatriefysiotherapeut realiseren, maar aan de andere kant zijn er te weinig van. Dus je hebt eigenlijk niet de kracht om een deuk in een pakje boter te slaan. Maar mijn idee is toch dat je niet alleen moet praten. Ik ben heel erg van de inhoud. Je moet laten zien wat je kan, wat je meerwaarde is. Daar moet je gewoon stug in doorgaan'.

Innovatie

Het interview met Bettman past goed in dit themanummer over innovatie vinden Mulder en Den Boeft. 'Ze heeft de laatste jaren veel gedaan aan de digitalisering van het onderwijs. Ze hield zich bezig met innovatie van het onderwijs en het gebruik van de digitale middelen daarbij. Die rol vervulde ze niet alleen voor haar eigen master, maar voor het hele Instituut',

vertelt Mulder. Tijdens de coronacrisis zorgde zij ervoor dat alles vlekkeloos is verlopen, ook de afstudeeropdrachten, volgens Den Boeft. 'Zij fietste daar voor mijn gevoel gewoon tussendoor, alsof er niets aan de hand was'.

Dat was volgens Bettman mede te danken aan de flexibiliteit van de docenten. 'Wij zijn een opleiding die heel veel fysiek onderwijs heeft. Dus echt naar de Hogeschool komen en met elkaar dingen doen. Dat kon ineens niet meer. Ineens moesten we van fysiek onderwijs naar online onderwijs. Op zondag ging de boel op slot en op maandag hadden we digitaal onderwijs via Teams. Dat is eigenlijk heel erg goed gegaan. Ook de toetsen konden de docenten heel goed op die manier afnemen'. Samen met de toets-expertgroep van het Instituut en de examencommissie overlegde Bettman of toetsen, zoals ze beschreven staan, en de leeruitkomsten die daarbij horen, ook digitaal afgenomen konden worden. 'Dat ging prima. Wij hebben wel kleine aanpassingen gedaan. Bijvoorbeeld bij de eindtoetsing voor de master zitten de studenten in een groep. Degene die de presentatie geeft en bevraged wordt staat voor de groep. Er zitten mensen uit het werkveld bij en vaak ook lage-rejaars studenten. We hebben nu alleen gezorgd dat het groepje kleiner was. Maximaal zes mensen in het panel. Mensen van buitenaf zijn gewoon aangehaakt vanuit hun werkplek. Zo konden de studenten toch hun presentatie geven en bevraged worden. De interviews zijn prima verlopen op deze manier. Er waren studenten die zeiden dat ze liever gewoon voor de groep hadden gestaan. Maar er waren er ook die het heel prettig vonden om het zo te doen'.

... er worden andere eisen aan fysiotherapeuten gesteld. Ik denk dat dat goed is...

'Dat digitale bracht dus ook veel innovatie en daar zullen we absoluut dingen van behouden. Op de opleiding aanwezig zijn en met elkaar een groep vormen, teambuilding onder de studenten en samen met de docenten, zijn en blijven belangrijk. Maar een heleboel zaken kunnen we ook online doen. Colleges voor 80 studenten samen met kinderfysio-

therapie hoeven natuurlijk niet per se op de Hogeschool in Utrecht te gebeuren. Dat kan ook online’.

‘We hebben studenten gestimuleerd om tijdens de coronacrisis te onderzoeken wat je online met ouderen kunt. Er kan natuurlijk een heleboel niet, omdat de ouderen niet zo computerig zijn. Maar er kunnen misschien een heleboel dingen wel. Wat dat betreft zijn we gewoon aangehaakt bij technologie en eHealth. Dat ging heel goed, ook dankzij de docenten. Want die hebben dat met name vormgegeven. Ik kan het faciliteren en dingen uitzoeken, maar zij hebben het natuurlijk gedaan’.

... we hebben studenten gestimuleerd om tijdens de coronacrisis te onderzoeken wat je online met ouderen kunt ...

De toekomst

Na bijna 40 jaar in het vak vond Bettman het een goed moment om even helemaal niets te doen. ‘Ik merkte op een gegeven moment dat de inspiratie minder was. Dus ik dacht ik ga vakantie houden en daarna ga ik weer verder zien wat ik wil. Het ligt nog helemaal open’.

CV

Ina Bettman studeerde fysiotherapie aan de Stichting Utrechtse Paramedische Academie, waar zij in 1981 afstudeerde. Daarna werd zij sport- en geriatriefysiotherapeut en Master Fysiotherapie. Werkzaam in de eerste- en tweedelijns ouderenzorg tot 2012.

Oprichting Tijdschrift Fysiotherapie en Ouderenzorg in 1989.

Van 1989 tot 2016 was zij redactielid van Fysiotherapie en Ouderenzorg (het huidige Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie).

Als redactielid betrokken bij de vertaling van het eerste standaardwerk Geriatrie in de fysiotherapeutische praktijk (uitgeverij BSL 1999).

Introduceert in 2011, samen met Janine Dottinga het Otago oefenprogramma in Nederland.

Lid congrescommissies Geriatriedagen en NVFG-najaarscongres.

Vanaf 1998 betrokken bij de geriatrieopleiding van Hogeschool Utrecht als docent van onder andere de cursus Fitness voor ouderen.

Vanaf 2008 was Ina Bettman hoofd van de masteropleiding Geriatriefysiotherapie van Hogeschool Utrecht.

De deskundige aan het woord: Stephanie Jansen-Kosterink

Technologie voor kwetsbare ouderen

Tekst: Shanty Sterke

Innovaties in de zorg gaan over het algemeen langzaam. Soms worden ontwikkelingen zelfs helemaal niet opgepikt. Omdat de technologie toch niet zo goed werkt of omdat de gebruikers er niet aan willen. Maar wanneer de urgentie omhoogschiet, zoals tijdens de coronacrisis, worden innovaties versneld gemeengoed in de zorg. Stephanie Jansen, onderzoeker bij Roessingh Research and Development (RRD) viel bijna van haar stoel toen ze zag dat elke huisarts opeens ging beeldbellen. Met beeldbellen, wat men nu ziet als innovatie, waren ze bij RRD jaren geleden al bezig. En zo'n tien jaar geleden ontwikkelde het bedrijf het online trainingsprogramma *telerevalidatie.nl*. Sinds maart dit jaar is het aantal revalidatiecentra, eerstelijnspraktijken en ziekenhuizen dat hiervan gebruikmaakt, om toch de nodige zorg te kunnen bieden ondanks de coronamaatregelen, fors gestegen. De onderzoekers en ontwikkelaars bij RRD lopen intussen alweer een stap voor op de innovaties die we nu in de zorg zien landen.

Jansen is bewegingswetenschapper en houdt zich een groot deel van haar werkdag bezig met technologie voor kwetsbare ouderen. 'Wij doen onderzoeken in een vroege fase van de ontwikkeling. We kijken welke innovaties over drie, vier jaar een mogelijkheid kunnen zijn om de zorg te verbeteren of om te zorg te ondersteunen. Wij kijken welke meerwaarde een nieuw product heeft voor de gebruiker, de oudere, de patiënt of voor de zorg. Ik kijk dan vooral op het klinische vlak, naar kwaliteit van leven bijvoorbeeld. Maar ik probeer ook naar de sociale impact te kijken'.

Hoe mooi en vernuftig een technologische ontwikkeling ook is, als mensen er niet goed mee kunnen omgaan, dan zullen ze het niet gaan gebruiken. 'Wij hebben daarom een onderzoekspanel opgezet. Wij



nodigen mensen in het panel uit en proberen samen met hen de technologie zo goed mogelijk te ontwikkelen. Technologie moet zo gebruiksvriendelijk zijn dat het geen moeite mag kosten om het te gebruiken'.

Technologie zal niet voor iedereen geschikt zijn, weet Jansen. Als je aan een groep van tien ouderen vraagt wat ze willen om van de pijn af te komen, dan zullen acht van de tien zeggen: geef me maar een therapeut of een dokter. 'Het is niet zo dat wij proberen voor al die tien mensen technologie te ontwikkelen, maar wij proberen voor zes, zeven mensen passende technologie te ontwikkelen. Zodat voor die drie, vier mensen die niet met technologie kunnen werken, de zorg als het ware wordt vrijgespeeld'.

Niet elke ontwikkeling landt uiteindelijk in de praktijk. 'Ik heb ook wel meegewerkt aan ontwikkelingen die eigenlijk heel positief waren, maar die nu nog gewoon

in de kast liggen omdat de markt er niet klaar voor is of omdat de beroepsgroep er niet klaar voor is'. Dat heeft onder andere te maken met de manier waarop we interventies in de zorg evalueren en aanpassen. 'Technologie kun je niet ontwikkelen als een medicijn. Dat kan ook een van de redenen zijn dat technologie niet echt landt. Vooral in ziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen merk je dat. Een medicijn kun je in een randomized controlled trial op effectiviteit en veiligheid onderzoeken. Maar tijdens de ontwikkeling van technologie past dat minder goed. Je kunt technologie niet bevriezen en zeggen: we hebben het af, we doen er niets meer aan. Technologie is altijd in ontwikkeling. Je ziet daarom dat sommige technologieën wel geaccepteerd worden door gebruikers, maar niet door zorgprofessionals. Iemand met hartklachten die zelf een sensor gaat dragen om zijn hartritme te monitoren, maar een cardioloog heeft die er eigenlijk nog helemaal niet aan toe is om de patiënt op die manier te behandelen'.

'Onze studies zijn deels daarom meer gericht op preventie. Technologie past gewoon beter bij preventie in de nuldelijn. Omdat je dan een veel grotere en meer variabele groep hebt met betrekking tot het willen gebruiken van technologie'. Een van de veelbelovende ontwikkelingen waar RRD zich mee bezighoudt is het coachen met behulp van avatars. Om een voorbeeld te noemen, als je gezonder wilt gaan eten dan kun je naar een diëtist gaan. 'Maar niet voor iedereen in Nederland is er een diëtist. Je kunt van die diëtist ook een virtueel persoon maken. Je kan dan het virtuele personage zo programmeren dat die gesprekken kan voeren over wat iemand eet en wat gezondere keuzes zijn. Op die manier probeer je het gedrag te beïnvloeden'.

'We zien ook dat heel veel mensen een zittend bestaan hebben of weinig bewegen. Dan kun je mensen een sensor geven om te meten hoeveel ze bewegen. Die sensor kan feedback geven. Maar die feedback kan ook gegeven worden door een virtuele coach, die je dan vertelt wat je goed of niet goed hebt gedaan of die je tips geeft om meer te bewegen. We hebben verschillende interessante projecten lopen. Bijvoorbeeld het *counsel of coaches* project. Een combinatie van virtuele coaches, coacht de gebruikers op meerdere domeinen, op een veel meer holistische benadering. We kijken naar verschillende facetten die met kwaliteit van leven of met het leven an sich te maken hebben.

In het onderzoek dat nu loopt, kijken we wat mensen vinden van een groep van virtuele coaches die helpen om gezonder te gaan leven. De eerste vijftig mensen die er nu gebruik van hebben gemaakt, waren best positief. Ze waren kritisch, maar ze zagen ook voordelen. We zijn altijd op zoek naar mensen die ons willen helpen en die deel willen nemen aan het panel'.

Een andere nieuwe ontwikkeling is het gebruik van data en de voorspellende kracht van data. Kun je door data van een persoon, of van een heel grote groep personen, voorspellen wat voor effect een bepaalde behandeling zal hebben? Jansen werkt nu aan het Back-Up-project, dit is een project over pijn. 'Er is echt heel weinig bekend over wat een goeie interventie is bij musculoskeletale pijn. Je ziet dat de doelgroep heel erg aan het hoppen en shoppen is. Van de ene interventie naar de andere interventie, totdat ze eindelijk iets gevonden hebben dat past'. Met behulp van alle beschikbare data op het gebied van pijnpatiënten en interventies, kun je ervoor zorgen dat die ene patiënt veel eerder op de goeie plek zit. Nu zien we vaak in de zorg een soort trial and error. Je probeert maar wat en je kijkt wat het effect van de interventie is. In plaats daarvan wil je al vooraf weten wat de kans op succes is. Modellen, gebaseerd op big data kunnen daarbij helpen.

Simpel gezegd: een patiënt gaat naar de huisarts. De huisarts vult een vragenlijstje in en zet dat in het systeem. Uit het systeem rolt dan een voorspelling. Bijvoorbeeld over hoe het beloop van de pijn naar verwachting over drie maanden zal zijn bij een bepaalde interventie, of over het beloop van de beperkingen over een aantal weken. 'Op die manier probeer je om de behandelaar daar een soort van dashboard voor te geven om beter te kunnen anticiperen op die patiënt. Het idee van dit soort systemen is niet om het klinisch redeneren over te nemen maar om veel rijkere informatie te geven'.

Meer weten?

Voor meer informatie over het project council of coaches en om een idee te krijgen wat verschillende virtuele coaches doen, kun je de website van [Council of Coaches](#) raadplegen.

Meer informatie over het RRD-onderzoekspanel is te vinden op www.RRD.nl/panel

De deskundige aan het woord: Vincent Kortleve

Fysiotherapeutische gespreksvoering

Tekst: Shanty Sterke

Vincent Kortleve schreef een succesvol leerboek: *Fysiotherapeutische gespreksvoering*. Dit wordt op bachelor-en masteropleidingen fysiotherapie gebruikt. Twee ochtenden per week werkt Kortleve in de praktijk als fysiotherapeut en manueel therapeut. Daarnaast heeft hij psychologie gestudeerd. Vanuit zijn bedrijf *Viaperspectief* geeft hij trainingen in communicatie rondom gezamenlijke besluitvorming, motiverende gespreksvoering, gezondheidsvoorlichting en patiënteducatie.

Skills training, noemt hij een superbelangrijk onderdeel van zijn lessen. Wekelijks ziet hij fysiotherapeuten, psychologen en artsen in zijn cursussen die zich realiseren dat ze niet eens een paar goeie open vragen achter elkaar kunnen stellen. 'Dat is zo'n cruciale skill. Heel veel mensen ontdekken dat ze dat slecht beheersen', volgens Kortleve. Het is ook moeilijk. 'Je hebt in dit soort dingen de wind tegen. Veel patiënten denken toch nog steeds dat jij de expert bent en dat jij gaat zeggen wat er moet gebeuren. Als fysiotherapeut moet je dan goed kunnen uitleggen dat dat afhangt van hoe de patiënt er zelf over denkt. Je kunt misschien wel vijf dingen doen, maar niet allemaal tegelijk en waarschijnlijk helpen ze ook alle vijf. Maar het gaat erom welke van de vijf de voorkeur van de patiënt heeft. Het is heel belangrijk dat die patiënt meer in een actieve rol komt. De persoonlijke voorkeur van de patiënt in combinatie met mijn expertise zorgt ervoor dat we tot de beste oplossing komen'.

'De kunst is dat dit bij iedere patiënt lukt. Aan de een kan je het in drie regels uitleggen. Maar je moet het ook kunnen uitleggen aan een oudere, ook aan een lager opgeleide oudere en aan iemand met verminderde gezondheidsvaardigheden. Je moet je telkens



als een kameleon aanpassen aan het taalniveau en het begripsniveau en het dan in jip-en-janneketaal teruggeven. Jouw en mijn vocabulaire bevat zeker 70- tot 80-duizend woorden. Bij sommige patiënten kan het zomaar 30- tot 35-duizend zijn. Allerlei woorden die wij heel vaak gebruiken, snappen zij niet echt goed. Ze hebben meer moeite om lange zinnen te begrijpen. Je moet je bij zo'n patiënt aanpassen door simpele taal met korte zinnen te gebruiken, je spreektempo omlaag te halen, en teach back toe te passen. Dus als je iemand iets hebt uitgelegd, altijd aan die patiënt vragen: hoe zou u het in uw eigen woorden uitleggen aan bijvoorbeeld uw partner?'

Zelfmanagement kan lastig zijn voor ouderen. Ze hebben vaak moeite om assertief te zijn wanneer ze bij een dokter zitten. Misschien wel de helft van

de mensen pakt niet vanzelf een autonome rol. Als voorbeeld geeft Kortleve zijn 82-jarige vader. Een fitte man, directeur geweest van een bedrijf met 200 man in dienst. 'Leidinggeven, de lijnen uitzetten, autonoom zijn, dat is hem wel toevertrouwd. Maar zet hem voor een dokter en het verdampt ter plekke. Als die dokter het zegt, dan zal het moeten. Dat is de tegenwind die je als professional dus hebt. Iemand die kan wel autonoom zijn, maar je moet hem helpen'. Dat kost moeite en daarvoor moet je de vaardigheden hebben.

Kortleve merkt dat hulpverleners het soms moeilijk vinden om de patiënt meer autonomie te geven. In de motiverende gespreksvoering is daar zelfs een woord voor, de reparatiereflex. Je ziet dat terug wanneer mensen wekenlang bij de fysiotherapeut terugkomen om daar te trainen. De fysiotherapeut vindt het fijn om iets voor iemand op te lossen en is dus geneigd om de training bij zichzelf te houden. 'Maar je zou met die patiënt moeten streven naar zoveel mogelijk zelfmanagement. Dus die hoeveelheid die iemand aankan. Daar moet je telkens op coachen. COPD is een mooi voorbeeld. De ene patiënt met GOLD 3 begeleid je naar uiteindelijk zelfstandig sporten met hier en daar een coachmoment als stok achter de deur. We vinden het heel normaal dat een diabetespatiënt eens in de drie maanden naar de diabetesverpleegkundige gaat. Het moet net zo gewoon zijn dat een GOLD 3 patiënt elke twee maanden een keer bij de fysiotherapeut komt. Trainen is voor COPD-patiënten zo belangrijk. Als iemand dat verder zelf goed kan oppakken, dan hoeft die alleen maar naar de therapeut om af en toe een meting te laten doen en de score te bespreken. Maar er zijn zeker ook GOLD 3 patiënten die meer begeleiding nodig hebben en welkijks onder begeleiding sporten en daarnaast zelf een aantal keer bewegen. Puur omdat ze weinig zelfmanagementvaardigheden hebben of heel onzeker zijn. Er kunnen altijd redenen zijn om mensen toch een beetje aan de hand te houden omdat ze simpelweg een chronische aandoening hebben'.

Volgens de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie is gezondheid een toestand van compleet welbevinden. Volgens die definitie is iedereen patiënt. 'Deze definitie stamt uit de jaren 30 of 40 van de vorige eeuw. Dat past niet meer in deze tijd. Gezondheid gaat om veerkracht en het vermogen om je

eigen welzijn en geluk te bereiken en te behouden. Dat is zo'n beetje de redelijk breed gedragen visie van Machteld Huber op gezondheid. Zij heeft hier een aantal jaren geleden onderzoek naar gedaan. Machteld Huber zegt dat het niet gaat om ziekte of gebrek of aandoening. Er zijn mensen die kanker of diabetes hebben. Als je hun vraagt of ze gezond zijn, zeggen ze: "Ja ik ben hartstikke gezond. Ik sta midden in het leven, ik kan alles, ik heb echt een zinvol en plezierig en gelukkig bestaan". Zij heeft een prachtig model gepubliceerd. Dat is echt wel zoals we het zouden willen, denk ik. En tegelijkertijd is dat misschien voor een deel van de mensen echt wel te hoog gegrepen. Dit gaat over gezondheidsvaardigheden en die heb je nodig voor zelfmanagement'.

Het is bij iedere patiënt belangrijk om oog te hebben voor de gezondheidsvaardigheden. Maar bij ouderen iets meer, omdat het vaker voorkomt dat ze deze niet hebben. Juist bij de groep die minder gezondheidsvaardigheden in huis heeft, moet je als fysiotherapeut gewoon echt harder werken.

Meer weten?

Wie graag meer wil weten over de verschillende trainingen en cursussen voor fysiotherapeuten en andere zorgprofessionals kan de website viaperspectief.nl bezoeken.

De deskundige aan het woord: Nathalie van der Velde

Hoogleraar ouderengeneeskunde, in het bijzonder Valpreventie

Interview door Shanty Sterke



Nathalie van der Velde. Foto gemaakt door Dirk Gillissen

Op 1 november dit jaar hield VeiligheidNL samen met het Landelijk Netwerk Valklinieken en het Amsterdam UMC voor de zevende keer het Landelijk Valsymposium. Dit symposium is interessant voor iedereen die zich in de praktijk, of in onderzoek, bezighoudt met vallen en geïnteresseerd is in de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen. Deze editie had een extra feestelijk tintje. Na afloop waren de bezoekers van het symposium uitgenodigd om de oratie van prof. dr. Nathalie van der Velde bij te wonen in de Lutherse kerk in Amsterdam. Zij is benoemd tot hoogleraar ouderengeneeskunde, in het bijzonder valpreventie bij de afdeling interne geneeskunde in het Amsterdam UMC. De geïnteresseerden konden met een speciale bus mee vanaf het symposium naar de Lutherse kerk.

In haar oratie schetst Van der Velde haar visie, wat ze heeft gedaan met valonderzoek en waar ze de komende jaren naartoe wil. 'Het belangrijkste doel van mijn onderzoek en dus van mijn leerstoel is het personaliseren van valpreventie', aldus Van der Velde. 'Ik wil er meer zicht op krijgen bij wie welke com-

ponenten effectief zijn. Want alhoewel een volledige geriatrische beoordeling zinnig is, denk ik dat onze aanpak nog een beetje te veel *one size fits all* is. We kunnen veel beter personaliseren als we weten hoe een individu op een bepaalde interventie gaat reageren. Ik heb nu al een aantal studies naar medicatie-gerelateerd vallen lopen. Ik wil er naartoe dat we tegen patiënten kunnen zeggen: u gebruikt een aantal pillen en in uw geval heeft deze pil een groot risico op vallen en de andere geeft minder valgevaar. Dus wij adviseren om de eerste pil af te bouwen en de tweede door te gebruiken'.

... we kunnen veel beter personaliseren als we weten hoe iemand op een bepaalde interventie gaat reageren...

Het verhaal van Van der Velde is voor fysiotherapeuten interessant. 'Mobiliteit is altijd één van de onderdelen van de interventie. Maar dat moet niet het enige zijn. Als je als fysiotherapeut te maken hebt met vellers, dan moet je verder kijken. Er zijn meerdere oorzaken van vallen waar we vaak wat aan kunnen doen. Het is wel belangrijk om het volledig in kaart te brengen, want anders los je het probleem niet op. Denk hierbij aan onderliggende ziektes en de medicatiebijwerkingen'.

Soms gebruikt een oudere patiënt al jaren bepaalde medicijnen. Maar dat is volgens Van der Velde geen reden om er niet opnieuw naar te kijken. 'Met het ouder worden verandert het lichaam. Dus ook hoe je reageert op medicijnen. Iets wat eerst goed voor

je was, kan op een gegeven moment een probleem worden en ernstige bijwerkingen geven of niet meer nodig zijn, of allebei’.

‘Soms is het stoppen van een medicijn simpel. Dan is er gewoon geen indicatie voor dat middel meer. Het kan ook ingewikkeld zijn. Dan is de indicatie er wel, maar zijn er forse bijwerkingen, bijvoorbeeld orthostase of mobiliteitsproblemen. Dan moet je afwegen: is er een veiliger middel, kan je lager doseren, of stop je het toch? Dat is dan een complexe afweging waarbij je samen met de patiënt moet kijken wat het beste bij hem of haar past.’

‘Stoppen of lager doseren van medicatie of niet, zulke besluiten kunnen we niet los van de rest nemen’, volgens Van der Velde. ‘Dat is de kracht van de volledige geriatrische beoordeling. Je moet naar de hele mens kijken en alle onderdelen op verschillende vlakken. Dus het lichamelijke, psychische, functionele en het sociale. Dat interacteert allemaal met elkaar en dat moet je in acht nemen om samen met de patiënt de beste besluiten te kunnen nemen. Rekening houdend met de levensdoelen en wensen van de betreffende patiënt’.

Als je de landelijke multidisciplinaire richtlijn *valpreventie bij ouderen* volgt, dan is er een aantal redenen om een volledige multifactoriële valanalyse te doen (1). ‘Dat is vaker vallen, of val met letsel, of val met wegraking, of val met mobiliteitsstoornis. Bij deze patiënten spelen er meestal meerdere problemen tegelijkertijd’

Een uitgebreidere valanalyse hoeft niet per se altijd in een tweedelijns valkliniek. ‘Ik denk dat je de wat minder complexe vallers prima in de eerstelijns kunt houden als daar goed getrainde zorgverleners zijn die een volledige multifactoriële valanalyse kunnen doen. Een praktijkondersteuner ouderen in een huisartspraktijk, een huisarts of iemand anders die goed doorheeft wanneer aanvullend onderzoek nodig is. Want vooral het cardiovasculaire stuk van de valanalyse kan niet allemaal in de eerste lijn. In dat geval moet de patiënt soms toch verwezen worden naar een valkliniek’. De meeste ziekenhuizen hebben naast de afdeling geriatrie een separate valkliniek. Er is ook een aantal eerstelijns valklinieken.

‘Het is belangrijk om regionaal daarvoor goede zorgpaden te maken. Dat staat ook in de richtlijn. Want dan doe je geen dubbel werk en dan heb je dus ook een goeie schifting. Je wilt natuurlijk niet iedereen naar een ziekenhuis sturen’.

Bij valpreventie is aandacht voor motivatie, compliance en patiënteducatie belangrijk. Ouderen denken nog wel eens dat vallen hoort bij het ouder worden. ‘Ze zijn vaak wel gemotiveerd om adviezen op te volgen als ze weten dat ze een valrisico hebben door verschillende factoren en als ze concreet horen wat ze daaraan kunnen doen. Mits je uitleg goed aansluit bij de doelen en de wensen van de patiënt. Bijvoorbeeld de motivational interviewing techniek kan hierbij goed helpen’.

Naast dat fysiotherapeuten altijd moeten blijven denken aan de multifactoriële oorzaken van vallen, moeten ze zich ook realiseren dat vallen ook een atypische ziektepresentatie kan zijn. ‘Bij een kwetsbare oudere presenteert een blaasontsteking zich anders dan bij ons. Als wij een blaasontsteking hebben, dan hebben we pijn bij plassen. Een kwetsbare oudere wordt zwak, gaat vallen of wordt delirant. Dus als iemand opeens gaat vallen, moet je je altijd afvragen of er niet een nieuw lichamelijk probleem achter zit, bijvoorbeeld een infectieziekte of een andere ziekte. In de meer acute gevallen kun je als fysiotherapeut aan de patiënt meegeven dat het belangrijk is dat een arts een bredere valbeoordeling of een volledige geriatrische beoordeling doet. En daarnaast het liefst ook zelf de huisarts of de lokale valkliniek inlichten, bijvoorbeeld via het regionale zorgpad’.

Literatuur

1. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen. www.richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/startpagina_-_preventie_van_valincidenten.html

De deskundige aan het woord: Linda Hagendoorn

Judo voor ouderen

Interview door Shanty Sterke



Interventies uit de Judo-sport, zoals ZekerBewegen, kunnen van toegevoegde waarde zijn in val- en letselpreventieprogramma's. Als er maar van tevoren een screening plaatsvindt, waardoor het programma kan aansluiten bij de individuele behoeften en de fysieke en mentale

mogelijkheden van de deelnemers. Dat is een conclusie die Linda Hagendoorn trekt in haar scriptie die ze heeft geschreven als onderdeel van het zevende dan-examen judo. Daarmee is ze de eerste vrouw in Nederland die geslaagd is voor het zevende dan-examen.

Even een korte uitleg over het judo-examen. Het dan-systeem in het judo geeft de verschillende niveaus aan na het behalen van de zwarte band (de eerste dan). Vanaf het zesde dan-examen wil de Judo Bond Nederland (JBN) dat de judoka niet alleen laat zien dat hij of zij de technieken beheerst, 'ze willen ook weten hoe je over judo denkt en wat je visie is', vertelt Linda. 'Ze willen dan ook dat je gedegen literatuuronderzoek doet en dat je een scriptie schrijft op HBO-niveau.'

Linda is fysiotherapeut en judoleraar. Zij heeft veel oudere patiënten en daarmee was het voor haar een logische keuze om voor de scriptie de interventie ZekerBewegen onder de loep te nemen. ZekerBewegen is ontwikkeld door de JBN en is gericht op het verbeteren van de bewegingsvrijheid van ouderen, onder

andere door ze te leren om veilig te vallen. Echter, volgens haar zijn deze zogeheten valbreektechnieken die in de cursus worden aangeleerd niet voor iedereen te doen. In haar onderzoek heeft ze daar heel kritisch naar gekeken en heeft ze de cursus verder ontwikkeld naar ZekerBewegen 2.0.

Valbreektechnieken

De energie die vrijkomt uit een val, kan op twee manieren verder verwerkt worden, beschrijft Linda in haar scriptie. Ten eerste door het valoppervlak, dus dat deel van het lichaam dat als eerste de grond raakt, zo groot mogelijk te maken en daarbij af te slaan met de arm. 'Het gaat vaak fout als iemand niet durft het valoppervlak te vergroten. Je moet juist de romp lang laten en niet in elkaar kruipen. De positie van de arm is belangrijk om het valoppervlak te vergroten, je moet je hele arm lang maken, en zowel de pols als de elleboog rechthouden. Vaak houden mensen hun arm gebogen en vallen dan op de elleboog, of zetten dan toch nog hun hand neer. Dat is een uitvoeringsfout. De humerus moet in endorotatie gedraaid zijn, zodat het caput humeri niet als stootbumper functioneert, want dat leidt steeds vaker tot een breuk'. Het afslaan heeft een extra remmend effect bij grotere snelheden. Echter bij ouderen heeft afslaan geen extra voordeel, omdat letsel bij ouderen meestal niet veroorzaakt wordt door de snelheid van de val. De romp en arm verlengen en eventueel het been wijd verplaatsen is voldoende.

Een andere manier om de val te breken is meegaan in de valbeweging en mee te rollen in de bewegingsrichting, maar een volledige rol voorover over de breedte-as is voor ouderen niet haalbaar. De verschillende stappen om deze beweging aan te leren zijn te gecompliceerd en te uitgebreid en daardoor lastig om



Foto 1: Zijwaarts vallen tegen de muur

te onthouden. Alleen ouderen die vroeger aan judo gedaan hebben, zullen dit kunnen (1).

Zijwaartse valbreektechniek

Bij het zijwaarts vallen leren ouderen dat ze extra alert zijn dat ze hun hand of elleboog niet plaatsen, maar dat ze het valoppervlak durven te vergroten door met de arm in een hoek van dertig graden ten opzichte van het lichaam te vallen met een zekere ontspannen afweerspanning van zowel de arm als de romp.

Deze en de andere technieken die in de interventie ZekerBewegen aan ouderen worden geleerd, zijn dezelfde als die kinderen op judo leren. Voor ouderen kan dit lastig zijn. Om een beter lichaamsbesef en -controle te krijgen, oefenen deelnemers van ZekerBewegen 2.0 eerst de deelbewegingen. Ze leren eerst de basis van vallen aan. Zodra ze dat onder de knie hebben, wordt de moeilijkheidsgraad stapsgewijs verhoogd.

Zo begint het aanleren van de zijwaartse valbreektechniek met een boksbeweging. 'Als je naar voren bokst, gaat het schouderblad mee naar voren', legt

Linda uit aan acht oudere vrouwen die de cursus ZekerBewegen 2.0 in mei 2019 volgen in één van de locaties van de Haagse zorginstelling Saffier. 'Als je zijwaarts valt, moet je niet je hand of elleboog plaatsen. Durf het valoppervlak te vergroten door je schouder naar voren te draaien. Op die manier val je op je schouderblad met daarop spieren. Misschien hou je een blauwe plek over, maar de kans dat je

... valbreken heb je niet in één keer geleerd, maar je kan het wel dagelijks oefenen op je bed...

iets breekt is heel klein.' Om de vrouwen, van wie de jongste 69 is en de oudste 93, de protractie van de schouder aan te leren, leren ze eerst, zittend op een stoel, een boksbeweging goed uit te voeren. Wanneer ze dit onder de knie hebben, oefenen ze tegen de muur. Dus staan, zijwaarts vallen en de schouder

naar protractie bewegen zodat ze op het schouderblad tegen de muur vallen. Pas daarna oefenen ze de zijwaartse valbreektechniek naar de grond. Nog niet vanuit stand, maar vanuit zit op de judomat. Omdat niet iedereen laag bij de grond kan zitten, kunnen de judomatten opgestapeld worden. Dus ieder kan dit oefenen op zijn eigen niveau.

Eén van de deelnemers is sceptisch, zij zegt dat dit oefenen niet de echte situatie is. 'Daarom is het belangrijk dat jullie dit thuis ook oefenen', benadrukt Linda. Valbreken heb je niet in één keer geleerd, maar je kan het wel dagelijks oefenen op je bed. Net als bij kinderen slijpt het erin. Als je dan een keer ten val komt, dan doe je het automatisch goed'.

Achterwaartse valbreektechniek

Achterwaartse vallen is relatief makkelijk, omdat het symmetrisch is. Ook hier is er een opbouw in moeilijkheidsgraad. Eerst vanuit ruglig met de kin op de borst

en de schouderbladen voor de helft van de grond. Daarna oefenen vanuit een toenemende valhoogte, vanuit zit, gehurkt, lage squathouding en/of schredestand. De ouderen die dit allemaal goed beheersen, kunnen vanuit stand oefenen, zodat de meest voorkomende val uit de praktijk wordt nagebootst. Ook deze technieken kunnen de deelnemers oefenen op verhoogde matten (1).

In de lessen aan ouderen ziet Linda de meerwaarde van samen oefenen. Zo kan de een de ander sturen in de beweging, afremmen en aanwijzingen geven. Wanneer iemand moeite heeft om tot zit te komen, dan kunnen ze elkaar helpen. Normaal gesproken oefenen de deelnemers in tweetallen. Bij deze cursus in mei assisteren vierdejaarsstudenten van de Haagse Academie Lichamelijke Opvoeding, studenten sportkunde en sport- en bewegen bij de lessen. Zij helpen de deelnemers bij de oefeningen om gereguleerd te vallen en zelf weer op te staan.



Foto 2: Studenten begeleiden de ouderen

Voorwaartse valbreektechniek

Bij het aanleren van de voorwaartse valbreektechniek is het belangrijk te benadrukken dat de armen niet uitgestoken worden en dat het hoofd goed wordt gepositioneerd tijdens de val. Bij het voorover vallen leren deelnemers van de cursus om de romp te vergroten. Het beste zou zijn als het gehele lichaam recht blijft en dat de val wordt opgevangen door aanspannen onderarmen, die in een *handbal verdedigende positie* gehouden worden en inveren. Het hoofd moet opzij gedraaid zijn, zodat het gezicht beschermd is. Ook deze techniek leren ouderen eerst staand tegen de muur of op een stapel matten en / of vanuit de knieën. Vanuit staande positie zal deze

techniek voor de meesten te hoog gegrepen zijn, maar fittere ouderen kunnen dit wel (1).

Effectiviteit

Het kenniscentrum Sport heeft ZekerBewegen beoordeeld en het loketgezondleven van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft de interventie de erkenningsstatus *goed onderbouwd* gegeven. 'De zorgverzekeraar VGZ vergoedt de cursus als de patiënten zelf de factuur indienen. Maar VGZ is de enige zorgverzekeraar waarbij dat kan. Het zou beter zijn als de cursus een hogere erkenningsstatus krijgt *sterke aanwijzingen voor effectiviteit*, zodat alle andere zorgverzekeraars deze preventieve valpreven-

Mogelijk te behalen score per onderdeel	1	1	2	1	2	3	Score totaal (max 10)	Aanwijzingen en opmerkingen
Achterwaarts vallen	meegaan in de beweging	door de knieën gezakt zijn	afgerold over rug	elleboog recht gehouden	lichaam vloeiend neergekomen	hoofd niet op de grond neergekomen		
Behaalde score	1	0	0	0	1	1	3	
Zijwaarts vallen links	meegaan in de beweging	linker hand-arm-knie NIET neerzetten	elleboog recht	zitvlak-heup naar voren, idem bovenste been	indraaien arm, vallen op zijkant ribbenkast	hoofd niet neerkomen		
Behaalde score	1	1	1	0	1	0	4	
Zijwaarts vallen rechts	meegaan in de beweging	rechter hand-arm-knie NIET neerzetten	elleboog recht	zitvlak-heup naar voren, idem bovenste been	indraaien arm, vallen op zijkant ribbenkast	hoofd niet neerkomen		
Behaalde score	1	1	1	1	1	1	6	
Achterwaarts rollen	meegaan in de beweging	voet onder de billen NIET neerzetten	elleboog recht	plofje zitvlak landen	beide benen over de goede kant hoofd	hoofd niet neerkomen		
Behaalde score	1	1	1	1	2	1	7	
Voorwaarts vallen	meegaan in de beweging	knie NIET neerzetten	elleboog recht	spanning op onder/bovenarm driehoek maken	spanning op gehele lichaam	hoofd draaien bij het neerkomen		
Behaalde score	1	1	1	1	2	2	8	
Voorwaarts rollen	meegaan in de beweging	knie-hand neerzetten	gehele arm hoepel maken	schouder indraai	diagonaal afrollen	hoofd niet doorkijken beneden		
Behaalde score	1	1	2	1	2	2	9	

Figuur 1: valscorekaart

tiecursus ook vergoeden’.

Voor zover Linda weet is er geen gerandomiseerd onderzoek naar ZekerBewegen gedaan, maar wel naar de interventie Vallen Verleden Tijd. ‘In Vallen Verleden Tijd leren ze dezelfde valbreektechnieken. Daarvan is wel bewezen dat bij dezelfde valincidentie

... met deze valbreektechnieken is bij dezelfde valincidentie het letsel zelfs 46 procent minder ...

het letsel zelfs 46 procent minder is. Dat is dus bijna één op de twee. Er zullen altijd mensen blijven vallen. Want er zijn altijd mensen die bang zijn en daardoor bewegingsangst hebben of die te impulsief zijn. Als die dan toch vallen en ze vallen niet op hun schouderkop, maar meer op hun schouderblad en op hun hele rug, of bij achterover vallen, wat mannen vaker overkomt, de kin op de borst houden en het hoofd van de grond, dan kan je al ernstig letsel voorkomen.’ In haar scriptie doet Linda de aanbeveling om bij de intake en bij de evaluatie de Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) en de Timed-up-and-go (TUG) test te gebruiken. Maar de eerlijkheid gebiedt haar te zeggen dat dit allemaal heel veel tijd kost. Wel gebruikt ze een Visueel Analoge Schaal (VAS), die ze voor ZekerBewegen 2.0 gemaakt heeft, waarop de deelnemers vooraf en aan het eind van de cursus kunnen aangeven in hoeverre ze *onzeker/ zeer zeker in bewegen* zijn.

Daarnaast heeft ze ook een valscorekaart ontwikkeld. ‘Dat is echt iets nieuws. De valscorekaart zou je bij de screening kunnen gebruiken en tijdens de lessen’. De verschillende valbreektechnieken zijn opgedeeld in deelbewegingen. Elke deelbeweging die goed uitgevoerd wordt, krijgt een score. ‘Alle items zijn zoveel mogelijk positief geformuleerd. Het idee is weer te geven wat er WEL gedaan is, en daar punten aan toe te kennen’. De ZekerBewegen-instructeur kan de valbreektechniek met behulp van de valscorekaart goed observeren, en de deelnemer aan de hand daarvan direct na het vallen feedback geven. Zo kan de deelnemer de deelbewegingen die minder goed gaan, extra oefenen.

‘Ik denk trouwens dat de valscorekaart voor judo op zich ook van meerwaarde is. Want judo wordt tegenwoordig niet meer alleen als verenigingssport gedaan. Er zijn ook korte cursussen voor kinderen om beter te leren vallen. Net als voor ouderen. Dan is het ook mooi als je dan een overzicht hebt dat je mee kan geven en zeggen: je kan hiermee aan de slag’.

Judoleraar en fysiotherapeut

Niet iedere fysiotherapeut kan zich zomaar scholen tot instructeur ZekerBewegen. ‘Je moet judoleraar zijn om dit te kunnen gaan doen. Dus je moet de valbreektechnieken zelf goed beheersen en je ook weten hoe je ze pedagogisch kan brengen. Ik vind dat je ook wel affiniteit met de doelgroep moet hebben of al heel veel senioren sportlessen moet hebben gegeven. Alleen maar judoleraar en dan een cursus vanuit de judobond gevolgd te hebben, is denk ik veel te weinig. Ik zie het aan de studenten die bij de lessen waren’. Vijf judoka’s van wie twee judoleraar zijn. ‘Ik zie dat zij makkelijk een beweging goed kunnen analyseren. Aan de andere kant is het ook wel weer moeilijk voor ze omdat ze nog niet zijn opgeleid zijn om met deze doelgroep te werken. Ze missen vaak nog de finetuning om ouderen les te geven. Ik denk dat ze toch aardig professioneel overkwamen. Maar er was toch een mevrouw die liever een keertje oversloeg. Terwijl toen ik met mijn expertise en met mijn rust en met mijn fysiotherapiehandvattingen erbij ging staan, die mevrouw het wel durfde.’

Meer weten?

Wie graag meer wil weten over de cursus ZekerBewegen of die graag een keer wil organiseren kan contact opnemen met Sportvereniging HAGEDOORN Rotterdam-Zuid. Dat kan telefonisch op 010-4811530 of per mail naar info@svhagendoorn-z.nl of lindahagendoorn@hotmail.com

Literatuur

1. **Voogt-Hagendoorn L.** Veilig vallen, opstaan en doorgaan. ‘Zeker bewegen 2.0’, een praktische beschouwing van een valpreventie programma voor 55+ van de Judo Bond Nederland. Een scriptie ten behoeve van 7e dan judo, November 2017

De deskundige aan het woord: Obesicare

Specialistische zorg voor ouderen met morbide obesitas

Interview door Shanty Sterke



Cees Raaijmakers, Marjolein Staal, Maartje van Gerven (van links naar rechts)

Er is veel aandacht voor ondervoeding en ondergewicht bij ouderen. Voor overgewicht is minder aandacht. Toch is dit een groter probleem. Volgens cijfers van het Centraal Bureau van de Statistiek heeft net iets meer dan één procent van de mensen ouder van 75 jaar ondergewicht, daarentegen heeft meer dan de helft overgewicht (zie figuur 1) inclusief obesitas, de ernstige vorm van overgewicht (1). Binnen die groep is er ook een aantal mensen met morbide obesitas, dat wil zeggen met een Body Mass Index van boven de veertig.

Deze trend is ook te zien in verpleeghuizen. Bij Zorggroep Elde in Boxtel hebben ze daarom een behandel- en begeleidingsmethode ontwikkeld voor mensen met morbide obesitas, genaamd Obesicare. De aanleiding hiervoor was een crisisopname in 2008. Toen deze bewoner, een mevrouw die meer dan tweehonderd kilo woog, werd opgenomen in Liduina, één van de verpleeghuizen van Zorggroep Elde, waren er geen bed en geen stoel voorhanden voor haar. Samen met deze bewoner, heeft een multidisciplinair team Obesicare ontwikkeld.

Cees Raaijmakers, manager Zorg en Wonen bij Zorggroep Elde, vertelde afgelopen mei op een studiemid-

dag van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie een inspirerend verhaal over Obesicare. Hij is van mening dat bij goede verpleeghuiszorg voor mensen met morbide obesitas de focus moet liggen op welzijn en welbehagen en niet op voeding. Daarom zit er geen diëtist in het multidisciplinaire expertiseteam. Want afvallen is helemaal geen issue. Behalve als de cliënt dat zelf wil, dan wordt de diëtiste, meestal in een later stadium, ingezet.

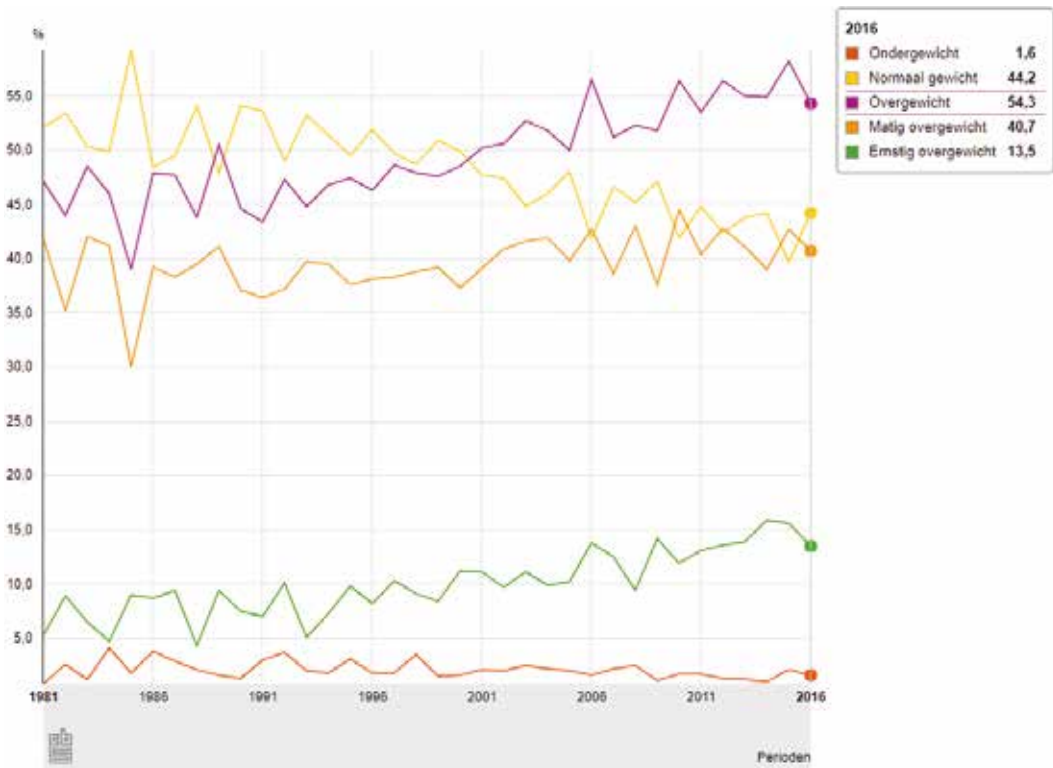
Aan de passende zorg en de specifieke hulpmiddelen en materialen die nodig zijn om mensen met ernstig overgewicht te helpen hangt wel een extra prijskaartje. Maar met een goede businesscase heeft Raaijmakers zorgkantoor VGZ weten te overtuigen dat ze meer zorggeld nodig hebben. De aanwezige kennis over veilig en effectief gebruik van de juiste til- en hulpmiddelen, voeding en beweging deelt het exper-

... Bij goede verpleeghuiszorg voor mensen met morbide obesitas moet de focus liggen op welzijn en niet op voeding...

tiset team niet alleen regionaal, inmiddels krijgt het vraagstukken vanuit het hele land.

Het verhaal van Cees Raaijmakers is aanleiding om contact op te nemen met Marjolein Staal, fysiotherapeut in Liduina, met de vraag of zij, in het kader van dit themanummer van het Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie, iets kan vertellen over samenwerken in het specifieke geval van een cliënt met morbide obesitas.

In november 2017 werd een 48-jarige vrouw ter revalidatie in Liduina opgenomen met een zorgzwaar-
tepakket 9B. Ze mag dus een lange tijd blijven om te



Figuur 1: Percentages ondergewicht en overgewicht 75 jaar en ouder vanaf 1981 (1).

revalideren. Voor de opname woonde ze met haar partner in een eengezinswoning met een trap. Ze kon nog stukjes lopen en traplopen. Weliswaar traag, maar wel zelfstandig. Na een sepsis (bloedvergiftiging) bij erysipelas (wondroos), gecompliceerd door critical illness polyneuropathie en morbide obesitas belandt ze in het verpleeghuis. Zoals bij elke andere cliënt is de fysiotherapeut betrokken bij het oefenen van de transfers. Maar als er een bijzondere casus is, zoals deze revalidant, dan zoekt Marjolein samen met ergotherapeut Maartje van Gerven naar de beste oplossing qua veiligheid, zowel voor de cliënt, als voor de therapeuten en de zorg. 'Bij het mobiliseren uit bed bij een cliënt die geen overgewicht heeft staat de fysiotherapeut er vaak zelf naast. Maar bij deze dame is het gewoon hartstikke onveilig, want als zij valt dan kun je niets', zegt Maartje. 'Dus je zoekt naar een alternatief om de cliënt op een veilige manier tot stand te laten komen, waarbij de belasting rustig opgebouwd kan worden en waarbij het voor iedereen veilig is. Zowel voor haar als voor de therapeuten en

voor de verzorgenden. We hebben samen gekeken naar een passende oplossing en gezamenlijk dingen uitgetoetst. We hebben nu een hulpmiddel gevonden waarmee de fysiotherapeuten en ook de zorg aan de slag kunnen.'

Dit hulpmiddel is een loopbroek. In januari dit jaar is Marjolein hiermee gaan oefenen met de cliënt. 'Eerst was het alleen staan met die loopbroek waarbij het plafondliftsysteem mevrouw tot stand hielp waarna ze op eigen kracht moest blijven staan. Ze kreeg vier keer per week dertig minuten fysiotherapie en drie keer per week ergotherapie. Dagelijks werd ze meerdere keren per dag met hulp van de verzorging uit bed geholpen met de loopbroek. Na een half jaar was het al twee minuten proberen te blijven staan, waarbij ze zoveel mogelijk zelf moest doen en dus minimale hulp kreeg van het plafondliftsysteem. Dit lijkt heel weinig, maar voor iemand die bij opname geheel aan bed gebonden en zo immobiel was dat ze nauwelijks kon bewegen, is dit een hele prestatie. De volgende stap was werken aan het doel om de transfers



Figuur 2: Loopbroek bevestigd aan een plafondliftsysteem

met de actieve lift te kunnen. Na zes weken oefenen is dit doel ook behaald. Ons nieuwe doel is nu het op eigen kracht, dus zonder hulp van een lift, te komen staan en dan een enkel stapje zetten om een kwart draai te kunnen maken voor de transfers. Of dit gaat lukken en hoe ver we zullen komen is afwachten. De afgelopen maanden hebben in het teken gestaan

van het opbouwen van de kracht van de armen en benen en het uithoudingsvermogen. Zo heeft ze dagelijks oefeningen in zit gedaan met een bal, met een katrol, gebokst met bokshandschoenen, een trapper-fietsje en dat soort oefeningen. Hierbij zijn niet alleen de ergotherapeut en de fysiotherapeut betrokken. Maar ook de verzorging oefent meerdere malen per dag met mevrouw. Voor de cliënt is de therapie echte topsport en dat is zwaar om maanden achter elkaar vol te kunnen houden. Daarom krijgt ze ook mentale begeleiding door de psycholoog. Verder bekijkt de diëtist het voedingspatroon van mevrouw en begeleidt haar bij het afvallen’.

‘In het begin was afvallen totaal geen doel. Omdat ze anders teveel eiwitten zou inleveren in het spierweefsel terwijl ze de kracht nodig had voor de therapie en de revalidatie’ legt Maartje uit. ‘Op dit moment wil ze dat wel. Dus de psycholoog en de diëtist begeleiden de cliënt hierin’.

Krachtraining en oefenen voor krachthoudingsvermogen met als doel om af te vallen zijn (nog) niet aan de orde bij deze cliënt. ‘Ze was in het begin heel erg laag belastbaar. Dus we moeten ook kijken naar wat ze aankan, wat goed is voor haar lichaam, en wat goed is om af te vallen. Bij het revalideren van cliënten met morbide obesitas stel je veel kleinere doelen, zodat ze eerder succeservaring hebben’, legt Marjolein uit. ‘We kijken meer stap voor stap, dan bij niet-obese cliënten, daar zijn de doelen groter’.

Literatuur

1. **CBS.** Lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht; vanaf 1981 <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/81565NED/table?ts=1530612392649>, geraadpleegd 03-07-2018

De deskundige aan het woord: Nathalie Vandewerken

GeriatricNetwerk Westelijke Mijnstreek

Interview door Shanty Sterke



‘Wat apart’, dacht Nathalie Vandewerken, geriatriefysiotherapeut, ‘je hebt een parkinsonnet, je hebt een claudicationet, maar eigenlijk voor de geriatrische patiënt in al zijn complexiteit is er geen multidisciplinair netwerk’. Ze veronderstelde dat er vast wel ergens in den lande zo iets zou bestaan, maar dat het gewoon nog niet in het zuiden was binnengedruppeld. Er waren wel monodisciplinair geriatrienetwerken met alleen geriatriefysiotherapeuten. Maar een breed netwerk met daarin zowel de geriater, als de case-managers dementie, als de wijkverpleegkundigen, zodat je weet wie er allemaal bij de geriatrische patiënt betrokken zijn en je sneller en makkelijker kunt communiceren, bleek er in Nederland nog niet te zijn.

Daarom heeft zij samen met twee andere geriatriefysiotherapeuten, een geriater, twee geriatrieverpleegkundigen in 2015 een werkgroep gevormd en het initiatief genomen om het GeriatricNetwerk Westelijke Mijnstreek op te richten. Later zijn er ook een Gezondheidszorgpsycholoog en een huisarts bij aangesloten.

‘In eerste instantie was ons doel om eens in kaart

brengen hoeveel professionals er in de complexe ouderenzorg zijn en om te kijken hoe we elkaar beter kunnen leren kennen. Maar vooral ook om de ouderenzorg te optimaliseren. Dat begint dan met kennis delen en informeren. We zijn begonnen met mensen uit ons eigen netwerk uit te nodigen’. Voor de fysiotherapeuten gold de kwaliteitseis van geriatriefysiotherapeut, in opleiding of afgestudeerd. ‘We wilden juist niet alle reguliere therapeuten. Daar kregen we een hele hoop commentaar op. Maar op het moment dat je het netwerk opengooit, heb je geen netwerk meer. Wat is nog het doel van een geriatrienetwerk waarbij iedereen zich kan aansluiten? Het heeft dan geen onderscheidend vermogen meer, het voegt

... De geriater had echt geen idee wat er gebeurt in de eerste lijn ...

dan niets meer toe.’

Dat onderscheidend vermogen is juist zo belangrijk. ‘De geriater in onze werkgroep gaf aan dat hij echt geen idee had wat er gebeurt in de eerste lijn. Ze stuurden mensen naar huis na opname. Ze werden als het ware bijna letterlijk gedropt. En dan kwamen ze weer terug.’ Dat probleem herkenden de zorgprofessionals in de eerste lijn. ‘Iemand komt terug uit het ziekenhuis, we hebben geen idee wat er in het ziekenhuis gebeurd is. Dan kun je wel heel mooi protocollen schrijven. Maar het begint toch echt met weten welke professionals bij de patiënt betrokken zijn en hoe je diegene moet bereiken’.

Voor de allereerste bijeenkomst die de werkgroep in 2015 organiseerde voor de zorgprofessionals kregen ze achtentachtig aanmeldingen. Tijdens die eerste bijeenkomst bleek dat er om de complexe ouderenzorg beter te kunnen uitvoeren vooral behoefte was aan een sociale kaart. Met andere woorden: 'wie zit waar en hoe kan ik die bereiken?' Daarnaast was er ook behoefte aan een uniforme veilige manier van communiceren rondom de patiënt. 'Daarna zijn we meteen praktisch aan de slag gegaan met complexe geriatrische casuïstiek. We hebben de verschillende professionals in groepjes ingedeeld en ze aan het werk gezet. Zodat ze elkaar meteen ook praktisch moesten leren kennen om de casus op te lossen en een plan van aanpak te maken voor de casus. Dat werd heel goed ontvangen.'

Inmiddels zijn ze drie jaar verder en is er een digitale sociale kaart. Via een link kun je de zorgprofessional die je zoekt, aanvinken. Op postcodegebied wordt dan zichtbaar welke zorgprofessional waar zit. 'Dat is vooral voor de gerieters in het ziekenhuis een meerwaarde. Wanneer een patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt, kan de geriatrisch verpleegkundige contact opnemen met de zorgprofessionals in de regio. Natuurlijk is de achterliggende gedachte dat er veel gericht verwezen wordt naar de geriatriefysiotherapeut. Want de profilering van ons vak is zo belangrijk.'

De volgende uitdaging die Nathalie Vandewerken voor zich ziet is een geriatriefysiotherapeut die als specialist ingezet wordt voor een stukje diagnostiek en om de lijnen uit te zetten en de follow-up te doen. De patiënt komt gedurende het behandeltraject gewoon bij de reguliere fysiotherapeut uit de wijk. De geriatriefysiotherapeut blijft dan verder op de achtergrond. Zo'n manier van werken zou veel schrijnende casussen in de praktijk kunnen voorkomen. 'In december kwam ik bij een dementerende mevrouw met een fors evenwichtsprobleem, er was echt sprake van verwaarlozing. Eén keer in de week kwam een fysiotherapeut aan huis masseren. De problemen van die patiënt werden niet opgepakt. Ze was Top aanvullend verzekerd, maar dat was aan het eind van het jaar gewoon helemaal opgesoupeerd. Dat had anders gekund als de geriatriefysiotherapeut kort was ingevlogen voor de diagnostiek en het behandelplan. Maar we hebben gemerkt dat de fysiotherapeuten bij

ons in de regio daar absoluut nog niet klaar voor zijn. Zij denken alleen maar in bedreigingen. Dus dat plan hebben we losgelaten'.

... Iedereen denkt dat hij de geriatrische patiënt kan behandelen, maar dat is natuurlijk niet zo ...

'We hebben een vergadering met de algemeen fysiotherapeuten in de regio geïnitieerd om onze visie te delen. Daar hebben we gevraagd of ze als praktijk verbonden willen zijn met het geriatrienetwerk. Bij complexe geriatrie laat je de intake en onderzoek doen door de geriatriefysiotherapeut, maar de patiënt blijft wel gewoon bij jou onder behandeling. Dat was nog een stap te vroeg. Hopelijk in de toekomst. Niemand kon zich daar echt een voorstelling van maken. Ze willen echt alles zelf. Dat is jammer en slecht voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het is toch mooi als ik de bekkenbodemtherapeut invlieg voor zijn of haar stukje expertise wanneer ik een patiënt met een complex prostaatcarcinoom heb. En ik pik mijn stuk op, je werkt complementair aan het probleem van de patiënt. In de geriatrie is het zo dat iedereen denkt dat hij de geriatrische patiënt kan behandelen, maar dat is natuurlijk ook niet zo. Het is zoveel meer dan een beetje wandelen met een oudje'.

Samenwerken tussen geriatriefysiotherapeuten en algemeen fysiotherapeuten gebeurt nog niet zoals Nathalie het voor zich ziet. Maar er is de afgelopen twee, drie jaar wel al veel veranderd in de regio. Vooral wat betreft de gerichte verwijzingen naar de geriatriefysiotherapie, zowel door huisartsen, gerieters, geriatrieverpleegkundigen, als door neurologen. Mede dankzij de digitale sociale kaart en de actieve inzet van de werkgroep Geriatrienetwerk.

Begin dit jaar is in de regio een pilot gestart met het Elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg (EGPO-)systeem. 'Dat is een communicatiemiddel rondom de patiënt waardoor we kunnen voorzien in de behoefte van de professionals om in kaart te krijgen wie er allemaal betrokken zijn. Je zet er geen rapportages in. Alleen waar je mee bezig bent en wan-

neer je klaar denkt te zijn. Als er bijzonderheden zijn, dan meld je die. Het is een app waarin ook de huisarts en de praktijkondersteuner ouderenzorg kunnen meekijken en waaraan je de mantelzorger kunt toe-

voegen. Het is een top systeem waarin je alle zorgprofessionals rondom die patiënt in kaart hebt en dat is zo belangrijk’.



NVFG Najaarscongres

Balans

WATER TE WETEN VALT

**KEYNOTE SPREKERS EN
BREAK-OUT SESSIES OVER O.A.:**

- Balansproblemen begrijpen en behandelen
- Onderzoek van valrisico en meerwaarde loopanalyse
- Medicatie en balans
- Effectieve valpreventie-programma's

**Zaterdag
6 oktober 2018**

**De Basiliek te
Veenendaal**

www.nvfgcongres.nl

Tickets via www.nvfgcongres.nl

 Nederlandse Vereniging
voor Fysiotherapie in de Geriatrie

De deskundige aan het woord: Frank Timmermans

Dry needling

Interview door Shanty Sterke



De laatste jaren wordt een aantal relatief nieuwe interventies in de geriatrie steeds vaker gebruikt. We denken dan bijvoorbeeld aan kinesiotaping, shockwave en dry needling. Alhoewel werkingsmechanismen vaak nog onduidelijk zijn en wetenschappelijk gezien de effectiviteit nog lang niet vaststaat, zijn de ervaringen in de praktijk opvallend positief. De komende tijd besteden we vaker aandacht aan dergelijke behandelvormen. In dit interview een gesprek met Frank Timmermans, cursusleider en hoofddocent dry needling.

Ruim twintig jaar geleden is Frank Timmermans, fysiotherapeut en manueel therapeut, naar Canada vertrokken. Daar kwam hij al snel in aanraking met dry needling. In Canada is dry needling al veertig jaar een normaal onderdeel van reguliere fysiotherapie. Nadat hij daar een aantal cursussen had gevolgd, leek het hem zo'n twaalf jaar gelden wel aardig om eens stukje te schrijven in *Fysiopraxis*. Daarna kreeg hij de vraag of hij niet eens een cursus in Nederland wilde komen geven. En zo kwam het dat in oktober 2005 de eerste cursus dry needling in Nederland van start ging. Sindsdien komt hij een paar keer per jaar over

om Nederlandse collega's deze techniek, waarbij men gebruik maakt van een flinterdun naaldje, te leren. Het naaldje is hetzelfde als bij klassieke acupunctuur, maar de manier van patiënt onderzoeken en behandelen is totaal verschillend. Dat is een heel ander toepassingsmechanisme en een ander verklaringsmodel. Met dry needling behandelt men myofasciale triggerpoints. Alhoewel de werkingsmechanismen voor een groot deel nog onduidelijk zijn, worden er in de literatuur wel positieve fysiologische en klinische effecten beschreven. 'Dat er endorfinen vrijkomen en dat er een doorbloedingstoename is waar je needled, dat je dikke zenuwvezels kunt prikkelen en dat je via het spinale systeem pijn kan inhiberen, dat zijn allemaal dingen die getoetst zijn', volgens Timmermans.

Tegenstanders, zoals de stichting Skepsis, noemen het dry needling een ezeltje prik voor fysiotherapeuten. Meta-analyses zouden het effect niet kunnen aantonen en hoe het precies werkt weet niemand. Bovendien, als je een triggerpoint hebt gevonden is de kans dat je er precies in prikt uiterst klein. Ze zijn maar zelden groter dan een rijstkorrel en liggen diep in de spier.

Timmermans stoort zich niet aan dergelijke kritiek. 'Er zijn nu misschien wel vijf- tot zesduizend fysiotherapeuten opgeleid. Met andere woorden als het niet zou werken dan denk ik ook niet dat we het zo druk zouden hebben. Dat er nog vragen openstaan, dat weet ik ook, dat is wetenschap. Wereldwijd doen onderzoekers die iedere dag onderzoek naar myofasciale pijn en dry needling. Je kunt dan als criticus niet zeggen dat het niet bestaat.'

Het klopt volgens Timmermans dat triggerpoints klein zijn, zoals de sceptici beweren, maar aan de hand van de pijn waarmee de patiënt binnenkomt en door functie-onderzoek en klinisch redeneren, weet

Myofasciale pijn

Fysiotherapeuten moeten zich ervan bewust zijn dat myofasciale pijn vaak een onderdeel is van acute en chronische pijnklachten die hun oorsprong ver van de pijnlijke plek hebben. Het subjectieve karakter maakt het moeilijk om myofasciale pijn te diagnosticeren. De diagnose myofasciale pijn stelt men op basis van vier criteria:

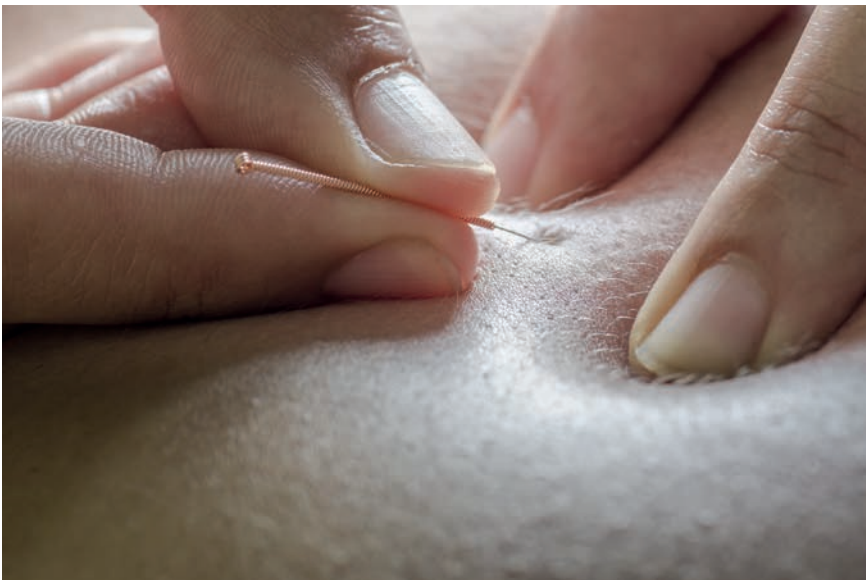
- Regionale pijn in de voorgeschiedenis
- Een palpabele strakke band van gecontracteerde spiervezels
- Pijnlijke punten in de strakke band
- De patiënt herkent de pijn wanneer de pijnlijke plek gepalpeerd wordt

Om myofasciale triggerpoints te kunnen identificeren is een grote behendigheid, scholing en klinische ervaring nodig. Het kunnen identificeren van myofasciale triggerpoints kan een waardevolle ondersteuning zijn in de dagelijkse praktijk.

Naast pijn kunnen myofasciale triggerpoints beweeglijkheid, kracht en coördinatie beïnvloeden en een succesvolle revalidatie belemmeren.

Bij myofasciaal management worden zowel non-invasieve als invasieve therapieën gegeven met vooral aandacht voor onderhoudende factoren, waaronder de myofasciale triggerpoints.

Kortom training in het onderzoeken (palpatie) en behandelen van myofasciale pijn is zinvol.



Het naaldje is hetzelfde als bij klassieke acupunctuur, maar de manier van patiënt onderzoeken en behandelen is totaal verschillend

je waar je met de naald moet zoeken. 'De punt van de naald is zo klein, maar microscopisch vrijwel identiek aan het gebied van een triggerpointcomplex. We gaan samen met de patiënt zoeken. Die geeft precies aan wanneer hij of zij het voelt. Dan komen vaak de klachten naar boven die passen bij die punten en als

dat dan past bij het pijnverhaal van de patiënt dan zeggen we altijd: "bingo!" Je weet dat je dan in het gebied zit en dan ga je behandelen. Tijdens de cursus leggen we uit hoe je dat moet doen.'

Vroeger dacht men heel simplistisch dat het maar één punt was ergens links of rechts of boven onder.

Dat er veel onderzoek naar dry needling wordt gedaan, wil nog niet zeggen dat het dan ook per definitie evidence based is.

Eerdere systematische reviews lieten geen tot mager bewijs mager voor de effectiviteit van dry needling zien. Recent is er een systematische review en meta-analyse naar de effectiviteit van dry needling toegepast door fysiotherapeuten verschenen. Dertien randomized controlled trials werden geïnccludeerd waarin trigger points behandeld werden. Dry needling werd vergeleken met een controle of met een andere interventie. De methodologische kwaliteit van de studies was laag tot matig. Acht meta-analyses werden uitgevoerd. In een follow-up periode tot twaalf weken was er bewijs dat dry needling pijn kan verlichten en de pijndrempel kan verhogen vergeleken met een controle of andere interventie. Zes tot twaalf maanden na de behandeling was er wel een behandel-effect, maar dit was niet meer statistisch significant.

Conclusie uit deze studie: op de korte termijn kan dry needling, toegepast door fysiotherapeuten, effectief zijn bij pijnbestrijding. Bewijs dat het ook op de lange termijn effectief is, is er niet.

Bron: **Gattie E, Cleland JA, Snodgrass S.** The Effectiveness of Trigger Point Dry Needling for Musculoskeletal Conditions by Physical Therapists: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017 Mar;47(3):133-149. doi: 10.2519/jospt.2017.7096. Epub 2017 Feb 3.

Nu weten we dankzij MRI-opnames dat het een heel cluster van punten is. Het is een aantal actieve punten bij elkaar en daaromheen en daartussen en daaronder liggen allerlei latente punten. In één behandeling gaan we vaak niet één punt behandelen maar een heel gebied. Het enige verschil tussen actieve en latente myofasciale triggerpoints is spontane pijn, ja of nee. Actieve punten geven per definitie spontane pijn. Latente punten geven misschien geen echte pijn maar dat zijn wel punten die nog steeds invloed kunnen uitoefenen op de spierlengte, op de spier-

... de techniek is zeker ook geschikt voor ouderen ...

kracht en op het spieruithoudingsvermogen. Op het moment dat de spieren door het needlen meer ontspannen raken merken mensen, vooral sporters, dat ze beter kunnen presteren.'

De techniek is zeker ook geschikt voor ouderen. 'In mijn eigen praktijk in Penticton werken we samen met de pijnpoli. De gemiddelde leeftijd daar is boven de vijftig. De gemiddelde leeftijd van mijn patiëntenbestand is ook vrij hoog. Debra Weiner, een ge-

riatrisch arts uit Amerika, heeft een mooie serie van twaalf publicaties gepubliceerd. Samen met andere auteurs vraagt zij aandacht voor pijn bij oudere mensen. Eén van die artikelen gaat specifiek over myofasciale pijn (2). Zij schrijft dat de helft van de zelfstandig wonende ouderen en zelfs vijfenzeventig procent van de mensen die in verpleeginstellingen verblijven, last zou hebben van myofasciale pijn. Dus het is epidemisch, als je daarover nadenkt.'

De cursus die Timmermans in Nederland geeft bestaat uit drie modules. In de basis cursus komen armen beenspieren aan bod. In deze spieren is het makkelijker om mensen aan te leren hoe ze myofasciale pijn kunnen ontdekken bij elkaar en ook bij de patiënt. Het needlen in de armen en benen is relatief veiliger. Ze hebben daarna minimaal zes maanden om ervaring op te doen. Tussendoor worden ze getoetst op een terugkomdag. Daarna kunnen ze doorstromen naar de cursus wervelkolom. Die is een heel stuk moeilijker. Omdat een groot aantal spieren verborgen ligt onder andere spieren, vergt dat extra techniek om met de naald te voelen wat er zich van binnen afspeelt. De derde cursus is een tweedaagse cursus die zich bezighoudt met hoofdpijnklachten en kaakproblematiek.

Needling is geen voorbehouden handeling in Nederland. Dus wettelijk mag iedereen hier needlen. Maar

Mogelijke fysiologische effecten van dry needling

- De naald zorgt voor een klein microtrauma en met de stimulatie van A- en C-vezels komen er stoffen vrij zoals substantia P en calcitonin gene-related peptiden die leiden tot vasodilatatie.
- Door de mechanische stimulatie van de naald worden er ook A- en A- vezels geactiveerd die kunnen helpen met segmentale inhibitie ('gate-control' effect). Tevens gaan er afferente signalen naar supraspinale centra met mogelijke activatie van pijn-inhiberende descenderende systemen.
- Verder kan de mechanische stimulatie van de naald ook een kortdurende lokale aanspanning van de spiervezels veroorzaken; zogenaamde 'local twitch response'. Deze wordt gevolgd door een lokale spierontspanning die aantoonbaar is met een daling van de EMG activiteit in dat gebied.

Bron: **Cagnie B, Dewitte V, Barbe T, Timmermans F, Delrue N, Meeus M.** Physiologic effects of dry needling. *Curr Pain Headache Rep.* 2013 Aug;17(8):348. doi: 10.1007/s11916-013-0348-5.

zonder risico's is het niet. 'We praten toch over een scherp instrument', aldus Timmermans. En niet iedere patiënt is er geschikt voor. 'Dat is zeker in het begin best lastig als je er net mee gaat werken. Daarom geven we ook altijd een proefbehandeling in een beperkt aantal punten. Zo kan je vaak de mensen die er niet voor geschikt zijn of die heftig reageren om wat voor reden dan ook, er zo uit halen.' Patiënten die willen weten of ze met een goed gekwalificeerde behandelaar te maken hebben kunnen de website dryneedling.nl raadplegen. 'We hebben ons eigen register, die staat op de website. Therapeuten in Nederland en België, die de beide cursussen gevolgd hebben en naar de terugkomdagen komen, staan in het register. Iedere drie jaar komen ze terug voor een update vanuit de literatuur en dan kijken we hoe ze

handelen in de praktijk. Dan gaan we alle technieken nog even doornemen zodat ze weer helemaal up-to-date zijn.'

Literatuur

1. **Timmermans F.** Myofascial Pain: An update. *Physioscience.* 2014; 10: 106–14
2. **Lisi AJ, DC, Breuer P, Gallagher RM, Rodriguez E, Rossi MI, Schmader K, et al.** Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult—Step by Step Evidence and Expert-Based Recommendations for Evaluation and Treatment. Part II: Myofascial Pain. *Pain Medicine.* 2015; 16: 1282–9

Sarcopenie, een ziekte of niet?

Twee verschillende visies op sarcopenie, Andrea Maier versus Ria Nijhuis

Interview door Shanty Sterke



Sarcopenie, is het nou een ziekte of niet?

'Ja' zegt Andrea Maier, hoogleraar gerontologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam en de Universiteit van Melbourne.

'Nee' vindt Ria Nijhuis, hoogleraar paramedische wetenschappen aan het Radboudumc. Volgens Nijhuis is er sprake van een interactie tussen veroudering, leefstijl en ziekten die hier invloed op hebben. 'Het is iets waar je mee moet dealen bij het ouder worden.'

Dit zijn twee manieren om naar spiermassaverlies bij ouderen te kijken.

Zo vindt Nijhuis het van groot belang dat we ouderen stimuleren en ondersteunen om met de uitdagingen die veroudering en de daarmee gepaard gaande multimorbiditeit met zich meebrengen, om te gaan. Sarcopenie is slechts één aspect, maar niet het enige.

Ouderen zijn veel meer gebaat bij een goede degelijke probleemanalyse en advies hoe zij hun conditie zo goed mogelijk op peil houden. Door fragmentarisch te kijken help je de oudere volgens haar niet op weg. 'Moeten we willen dat we bij veroudering al die verschillende processen die horen bij verouderen ook als ziekte gaan definiëren? Veroudering geeft op alle celniveaus minder goede functies. Veroudering van het spierstelsel zorgt voor afname van kracht, afname van massa en afname van contractiliteit. Maar dat geldt ook voor het hart vaatstelsel, zenuwstelsel, longstelsel, botten, voor de huid en het telt ook nog eens voor je ogen, oren. En voor mij is dan de vraag: moet je er één systeem uithalen? Of moeten we die oudere als één geheel blijven zien?'

'Daar ben ik het absoluut niet mee eens', zegt Maier.

... Als we sarcopenie geen ziekte noemen, zijn osteoporose en diabetes type 2 dan ook geen ziektes meer? ...

'Als je zo redeneert, mag je geen enkele ziekte op oudere leeftijd meer ziekte noemen. Veroudering is de grootste risicofactor voor de meeste ziekten en voor de meeste hebben we effectieve behandelingen. Een mooi voorbeeld is osteoporose. Dat is een ziekte en de grootste risicofactor is chronologische leeftijd. Hetzelfde geldt voor cardiovasculaire aandoeningen en voor kanker op oudere leeftijd. Dus ook sarcopenie is een ziekte. Als we sarcopenie geen ziekte noemen, zijn osteoporose en diabetes type 2 dan ook geen ziektes meer en gaan we stoppen met de orgaanspecifieke behandeling van de botten en de al-

vleesklier? Dat lijkt mij niet goed. Alle organen laten een achteruitgang in functie zien vanaf ongeveer 25- tot 30-jarige leeftijd. Echter is de achteruitgang individueel bepaald. Als de achteruitgang consequenties heeft voor omliggende organen of voor het functioneren van het lichaam, noemen wij het een ziekte en gebruiken we afkappunten om 'normaal' van 'ziek' te onderscheiden. Dat hebben we ook voor het hemoglobinegehalte om bijvoorbeeld anemie vast te stellen en daarmee het disfunctioneren van de bloedstamcellen. Voor sarcopenie hebben wij ook afkappunten. Iemand met de ziekte sarcopenie heeft een slechtere uitkomst. Ouderdomsziekten komen vaak sluimerend en vervolgens voldoe je aan de criteria en dan heb je een ziekte.'

Nijhuis ziet sarcopenie eerder als een onderdeel van kwetsbaarheid. We moeten de boodschap blijven uitzenden dat gezond leven al die andere verouderingsfacetten en sarcopenie tegenhouden. De fysiotherapeut moet nagaan of er sprake is van krachtsverlies maar ook of er sprake is van balansverlies. 'Het zal je een worst wezen of het sarcopenie is of wat anders. Je moet trainen wat die patiënt tekort komt. En je moet natuurlijk de risicofactoren weten, zoals geslacht. Vrouwen hebben iets meer risico. Mensen

die maligniteit hebben doorgemaakt, hebben een verhoogd risico. Dat snappen we allemaal, want die hebben gewoon meer celdood door de behandeling met chemotherapie of bestraling. Maar ook door een periode van inactiviteit. Mensen die critical ill zijn en die op de intensive care gelegen hebben, hebben ook een verhoogd risico op spierverlies. Net als mensen met COPD, reuma of immuunziekten die corticostero-

... Het zal je een worst wezen of het sarcopenie is of wat anders. Je moet trainen wat die patiënt tekort komt ...

iden gebruiken. Dus bij alle aandoeningen waarbij je minder beweegt en je celstofwisseling lager is, loop je risico op sarcopenie. Maar datzelfde geldt ook voor osteoporose.'

'Een oudere die een ziekte heeft of heeft gehad, loopt het risico inactiever te worden en in het dagelijks functioneren af te glijden. Je moet dan een goeie multidimensionale analyse maken. De geriater

moet zorgen dat aanwezige ziekten, bijvoorbeeld diabetes of een mogelijk aanwezige depressie, behandeld wordt, de fysiotherapeut zorgt dat de persoon meer gaat bewegen. Als het voedingspatroon niet klopt dan pak je dat aan. Je moet dus bij de kop pakken wat op dat moment de belemmerende factor is. Dat kan spierkracht zijn, maar het kan ook wat anders zijn.' Als het de spierkracht is dan moet je volgens Nijhuis natuurlijk wel de best evidence over sarcopenie gebruiken voor wat je bij spierkrachtverlies moet doen. Dus een goed eiwitrijk dieet en spierkracht trainen.

Het staat als een paal boven water dat hoe meer je beweegt, hoe minder risico je loopt om over het randje te vallen: voorkomen is beter dan genezen. Dus de boodschap aan de goegemeente moet volgens Nijhuis zijn: mensen moeten blijven bewegen, belast je lijf en laten we op de risicoprofielen letten en de zorg toegankelijk maken voor de mensen die dat nodig hebben. 'Met nodig hebben bedoel ik niet of de sarcopeniescore onder de vijf of tien 10 is. Maar als iemand merkt dat hij de trap niet meer op kan omdat die geen spierkracht heeft dan moet die persoon trainen. We moeten alle voorzieningen die we voor ouderen bedacht hebben om ze juist niet te laten trainen allemaal afschaffen. De sta-op stoel, die heb je vaak even nodig, dat kan, maar dan leg je toch een kussen in de stoel en stimuleer je die oudere om zo snel mogelijk het kussen weer weg te doen. Als je in een te lage bank gaat zitten dan moet je moeite doen om op te staan. Zo gauw je dat merkt moet je dus aan de bak. Kan iemand niet de trap op of over de drempel heen? Dan moet ik het trainen en dan moet ik ook nog uitzoeken waarom hij dat niet kan. Komt hij kracht tekort of heeft hij kracht genoeg? Maar is het probleem dat hij niet even op één been kan staan? Durft hij het niet of is hij een beetje aan het dementeren en weet hij niet meer hoe het moet? Dan moet ik wel andere dingen doen.'

'Ik denk dat het grote verschil tussen Andrea Maier en mij is het perspectief van waaruit we kijken. Ik ontken niet dat er sprake kan zijn van sarcopenie bij welk afkappunt we het dan ook zo noemen. Ik heb er alleen bezwaar tegen dat we de zorg op dit soort onderdelen gaan inrichten. Gaan we straks alle mensen naar de sarcopeniepoli sturen?'

Maier is het met Nijhuis eens dat we de zorg anders moeten organiseren. 'Kijk, dat iedereen naar tien verschillende specialisten gaat dat is absoluut overbodig.

Maar', betoogt ze, 'ik vind dat je niet alleen maar naar symptomen moet kijken. Je moet ook de pathofysiologie begrijpen. Bij osteoporose laten we mensen bewegen. En we geven niet alleen calcium en vitamine D. We hebben ook medicijnen waarmee we het bot sterker maken, zodat als iemand valt, er geen fracturen ontstaan.' Ook op het gebied van sarcopenie is er onderzoek gericht op het ontwikkelen van nieuwe medicijnen. 'Ik vind het echt bijzonder dat collega's zeggen: laten we een multiprobleemanalyse doen als iemand niet meer kan winkelen. Wat mij betreft gaan we voorkomen dat iemand niet meer kan winkelen. Inmiddels kunnen we inschatten welk risico iemand loopt en dat risico gaan bestrijden en niet tot het functieverlies door de hevige ziekte wachten.' Op de sarcopeniepoli in Melbourne ziet Maier ouderen met mobiliteitsstoornissen. Ze worden grotendeels door de huisarts verwezen. Maar er komen ook ouderen die zelf over sarcopenie hebben gelezen en bijvoorbeeld merken dat hun kracht achteruitgegaan is en dat ze moeite hebben uit de stoel op te staan. 'Na een analyse van de oorzaak en de gevolgen hebben wij adequate therapieën voor ze.' Ook op de poli in het VU medisch centrum zijn ze vier jaar geleden begonnen om spiermassa, spierkracht en functionaliteit

... Als zij kunnen voorkomen dat zij niet meer naar de winkel kunnen gaan, dan hebben ze daar wel iets voor over ...

te meten en daarmee sarcopenie vast te stellen. 'Dat is één onderdeel van het geriatrisch assessment. Zoals je ook kijkt naar het geheugen, cardiovasculaire functionaliteit en naar de sociale structuur.'

Waar komt al die aandacht voor sarcopenie ineens vandaan? 'Onderzoek en effectieve therapieën', zegt Maier. 'In 1800 werd al beschreven dat spieren achteruitgaan, dat die een beetje vettig worden en zo in kwaliteit afnemen. Vijftien jaar geleden zat ik in een consortium en toen zijn wij echt gaan kijken of we kunnen begrijpen waarom de spieren zo zwak worden. Toen stonden wij aan de wieg van de eerste middelen die spierversterkend werken. Zo'n zeven jaar geleden is de eerste trial gestart om echt ook met medicatie spieren aan te sterken en dan krijg je een



Het staat als een paal boven water dat hoe meer je beweegt, hoe minder risico je loopt om over het randje te vallen

hele boost van kennis. Sindsdien is er heel veel onderzoek gestart en dan zie je nu dat het een populair onderwerp is.'

'Nee marketing', zegt Nijhuis. 'Als je naar osteoporose kijkt, in 1820 wisten we al dat botten brozer worden als je oud wordt. In de jaren veertig van de vorige eeuw werd de wetenschap wat actiever en kwam er een definitie. Dan zie je dat de farmaceutische industrie interesse krijgt. En dan krijgen we een booming. Zo'n tien, twintig jaar geleden kwam er een roep dat alle vrouwen in de overgang op osteoporose getest moesten worden. Dat is helemaal weer over gegaan. Omdat gewoon blijkt dat het bij gewone veroudering hoort. Vanaf 2010 is er een risicostratificatie. Als iemand valt en iets breekt en ouder is dan vijftig, maak dan even een röntgenfoto om te kijken of er sprake is van osteoporose. Net als de eerdere aandacht voor osteoporose is ook al die aandacht voor sarcopenie een soort marketingprincipe. Je brengt iets onder de aandacht dan krijg je een booming. Wij moeten iets minder hard meerennnen met klinici en wetenschappers die daar belang bij hebben.'

Maier ziet het juist als iets heel positiefs dat fysiotherapeuten nu ook echt een ziekte kunnen diagnosticeren en behandelen. En om aandacht daarvoor te vragen organiseert zij met haar onderzoeksgroep Sarcopenia Road Shows door Nederland, Australië en Nieuw Zeeland. Daar vragen ze aan artsen, fysiotherapeuten en diëtisten wat ze weten over sarcopenie en wat ze doen met een oudere patiënt met spiermassaverlies. Vervolgens geven ze presentaties over de laatste ontwikkelingen en de toepasbaarheid daarvan in de klinische praktijk. Daarnaast hebben ze ook bijeenkomsten voor geïnteresseerden georganiseerd, de Sarcopenia Awareness Shows. 'Geen enkele

deelnemer wist wat sarcopenie was. We hebben uitgelegd wat het is en toen hebben we gevraagd: denkt u dat u sarcoppeen bent? Wat zou u ervoor over hebben om ervan af te komen. Vervolgens hebben wij ook de spiermassa en kracht gemeten om te zien of de deelnemers sarcoppeen zijn. Dat geeft dan echt mooi inzicht. Als zij kunnen voorkomen dat zij niet meer naar de winkel kunnen gaan of niet meer uit de stoel op kunnen staan, dan hebben ze daar wel iets voor over. Het wordt heel erg positief ontvangen, ook de term, dus de nieuwe ziekte.'

Maakt het eigenlijk uit voor een praktiserend fysiotherapeut of we sarcopenie een ziekte noemen of niet? Marjan Doves, geriatriefysiotherapeut, docent aan de Hogeschool Utrecht en betrokken bij de Sarcopenia Road Shows, denkt van niet. 'Op het moment dat je een patiënt hebt met problemen en een hulpvraag, dan ga je analyseren en behandelen. Maar op organisatieniveau en als je naar het grotere geheel kijkt, maakt het wel uit. Hoe je er ook naar kijkt, er moet samengewerkt worden door artsen, fysiotherapeuten en diëtisten. En er moet ook op tijd gehandeld worden. We niet moeten wachten tot mensen bepaalde dingen niet meer kunnen. Dat is zo jammer, want het is echt heel hard werken als je sarcoppeen bent', benadrukt Doves. 'Stel je voor dat je oud bent en je kan niet meer opstaan en je krijgt problemen met lopen en er komt een fysiotherapeut die zegt: ja mevrouw we kunnen er wat aan doen. Het gaat een jaar duren, u gaat drie keer in de week hard trainen en veel eiwitten eten en dan gaat het vast wel beter. Dat is de praktijk. Het gaat echt niet vanzelf. Hoe eerder we erbij zijn, hoe fijner en hoe minder belastend het is voor de patiënt.'

handelen? Kan een algemeen fysiotherapeut dit prima doen? Of moet deze patiënt juist naar de manueeltherapeut of naar de geriatriefysiotherapeut? Wat zijn nu de verschillen in visie, kennis, kunde, klinische redenering en aanpak? Zou deze patiënt behandeld moeten worden door een team van samenwerkende therapeuten? Weening en Kranenburg bespreken allebei dezelfde casus vanuit hun eigen specialisatie en wijzen op het belang van een interprofessionele samenwerking. De boodschap die ze meegeven is: gebruik als gespecialiseerde fysiotherapeuten elkaars competenties.

De laatste break out-sessie geeft Mirjam Pijnappels, hoogleraar mobiliteit bij veroudering aan de Vrije Universiteit Amsterdam, een overzicht van de mogelijkheden voor valrisico screening, interventies en valdetectie met behulp van technologie. Screenen op valrisico kan bijvoorbeeld met een interactieve loopband. Kinect sensoren meten hoe iemand reageert op obstakels die op de loopband worden geprojecteerd. Ook beweegmonitoren die in de thuissituatie kunnen worden ingezet meten net als de loopband de kwaliteit van het lopen, en brengen daarmee het valrisico nauwkeuriger in kaart. Voorbeelden van technologische interventies zijn exergames die zowel in een klinische setting op een loopband, of juist thuis kunnen worden uitgevoerd. Ook kunnen smartphones en smartwatches ondersteuning bieden bij het trainen en monitoren van kracht en balans in de thuissituatie. Valdetectie kan in de vorm van een automatische alarmering. Wanneer iemand valt wordt er een versnelling geregistreerd en daardoor gaat er automatisch een alarm af. Dit kan met smartwatch of met een klipje. Het nadeel is dat er veel vals-positieven zijn, het alarm kan ook afgaan wanneer iemand in de bank ploft. Een andere toepassing van valdetectie is de walk airbag. Zodra versnellingssensoren een versnelling registreren dan gaat de airbag uit. Technisch is het mogelijk, maar de vraag is of het ook in de praktijk gaat werken.

In de laatste plenaire sessie over fysieke oefening en training zien we Jennifer Bottomley, de voorzitter van de International association of Physical Therapists working with Older People (IPTOP), via een Skypeverbinding vertellen over fysieke oefening en training. De twee belangrijkste dingen die we van haar praatje moeten onthouden zijn: als we met spieren werken dan gebeurt er iets in de spier, namelijk hypertrofie en spierpijn. Voor algemeen fysiotherapeuten is het lastig om te bepalen tot hoever je kan gaan met trainen bij ouderen. Geriatriefysiotherapeuten kunnen het niveau veel beter inschatten. Wanneer iemand pijn heeft na de spierkrachtraining dat kun je het beste rekken, ijs erop doen en even de tijd geven. Vanuit de zaal komt de tip om regelmatig op de website topsporttopics.nl te kijken. Daar staat elke week nieuwe informatie op die zeker ook relevant is voor onze doelgroep.

Tot slot is de uitreiking van de Mieke van Gemert-prijs voor de beste poster. Die gaat dit jaar naar Elize Emmerik. Zij heeft een screeningsprotocol voor de WMO in Etten Leur ontwikkeld. De aanleiding daarvoor was dat de gemeente wilde bezuinigen op de deeltaxi-pas. Daardoor waren ouderen die zo'n pas aanvroegen afhankelijk van de willekeur van de WMO-consulent. Er was geen eenduidigheid wie er wel of geen pas kreeg. Door het screeningsprotocol is nu binnen 10 minuten geobjectiveerd wie de pas nodig heeft.

Het was een geslaagde dag. Dat blijkt wel wanneer de deelnemers aan het eind van de dag mogen stemmen met hun smartphone. De meesten geven de dag een 4 op de 5-puntsschaal en vrijwel niemand waardeert de dag met een 3 of lager. Op 6 oktober 2018 is het volgende congres.

De deskundige aan het woord: Jaap van Dieën

Interview door Shanty Sterke



De Tinettitest is een veelgebruikt meetinstrument om valrisico bij ouderen in te schatten. Voor veel fysiotherapeuten misschien wel de gouden standaard. Maar als het aan Jaap van Dieën, hoogleraar biomechanica aan de Vrije Universiteit in Amsterdam ligt, mag dit observatielijstje de prullenbak in. "Want", zo zegt hij "stel je voor dat de huisarts zou zeggen: we hebben bloed geprikt en ik kijk eens even naar de kleur, ik observeer en dan vertel ik je wat er aan de hand is. Nee, dat wordt naar het lab gestuurd en goed kwantitatief onderzocht. Fysiotherapeuten doen zichzelf een bé-tje tekort door te zeggen: het moet allemaal met het klinisch oog gebeuren".

In het algemeen houdt Van Dieën zich bezig met houdings- en bewegingscontrole in relatie tot ouderdomsgerelateerde problemen en allerlei spier-skelet en neurologische aandoeningen. Daarvoor ontwikkelt hij samen met zijn onderzoeksgroep in het bewegingslab op de faculteit Bewegingswetenschappen klinisch bruikbare instrumenten en algoritmes. De laatste jaren zijn ze vooral ook bezig met het vertalen van instrumenten die ze in het lab gebruiken naar eenvoudige instrumenten voor de klinische setting en voor het dagelijks leven.

Deze instrumenten worden echter nog niet op grote schaal gebruikt. Vaak krijgt Van Dieën de tegenwerping: ja maar het is te duur. Hij is echter van mening dat ook in de fysiotherapie men zich zou moeten realiseren dat als je goeie diagnostiek doet, het wat mag

kosten. Want uiteindelijk zullen de baten groter zijn dan de kosten.

Duur hoeft goede diagnostiek niet eens te zijn. In een smartphone zitten tegenwoordig allerlei meetinstrumentjes, zoals versnellingsopnemers, gyroscopen en magnetometers. Dat zijn instrumenten waarmee je prima bewegen kan meten. Dat soort sensoren is nu heel klein en heel goedkoop geworden. Een mooie praktisch toepassing illustreert een artikel van de onderzoeksgroep van Van Dieën in PLOS ONE uit vorig jaar (1). Daarin beschrijven de auteurs dat de Sit-To-Stand-test gemeten met een sensor vele malen klinisch relevanter is dan handmatig met een stopwatch. "We zien twee dingen", zegt Van Dieën daarover, "we zien dat je met zo'n sensor betrouwbaarder resultaten krijgt. Dat is natuurlijk altijd prettig.

stel je voor dat de huisarts zou zeggen: we hebben bloed geprikt en ik kijk eens even naar de kleur... en dan vertel ik je wat er aan de hand is

Maar ook dat je meer klinisch relevante informatie krijgt omdat je kan inzoomen op specifieke delen van die hele test. Je zou kunnen zeggen dat het bij zo'n Sit-To-Stand-test eigenlijk niet zo interessant is hoe lang iemand erover doet. Niet de duur van het zitten maar de duur van de dynamische fase wordt door de spierkracht bepaald. Met zo'n sensor kun je dat apart meten en dat geeft je dan gewoon meer relevante informatie".

Ook een stappenteller kan waardevolle uitkomstmaten leveren voor fysiotherapeuten. "Die instrumenten kunnen inmiddels activiteit herkennen, dus die kunnen wat meer dan alleen stappen tellen, die kunnen je ook vertellen hoe vaak iemand gestaan, gezeten, gelegen en gelopen heeft. Daarnaast kun je met dat soort simpele instrumenten ook naar de kwaliteit

van het bewegen kijken. Op die manier kan je beter onderscheiden bij wie nou echt valpreventie geïndiceerd is en over wie we ons minder zorgen hoeven te maken. Dat is ook uit een kosten-batenoverweging waardevol. De volgende stap is om te kijken naar de onderliggende beperkingen van het verhoogd valrisico. Dus waar moet ik mijn therapie op richten? Dat zijn de vervolgstappen waar we nog mee bezig zijn. Valrisico is natuurlijk heel multifactorieel dat is niet heel eenvoudig maar ook daar kun je met eenvoudige instrumenten verder komen", aldus Van Dieën. Het klinkt allemaal veelbelovend, maar over het algemeen duurt het vaak minstens een jaar of tien na afloop van een onderzoek voordat een meetinstrument echt in de praktijk geland is. Althans dat getal hoort Van Dieën vaak noemen in dat verband. "Men noemt het wel valley of death tussen onderzoek en de praktijk. Waar de kennis als het ware stopt. We proberen met klinici samen te werken in het onderzoek en zo te zorgen dat de kennis ook kan landen in de praktijk. We willen niet iets bedenken waar geen enkele belangstelling voor is. We werken ook steeds meer samen met biomedische bedrijven die van onze instrumenten en trainingsmethodes gewoon echt een product kunnen maken en op de markt brengen.

Wij kunnen natuurlijk van alles ontwikkelen maar we kunnen niet iets zo maken dat het ook met CE-markering beschikbaar komt in een gebruikersvriendelijk pakketje".

Het is geen eenrichtingsverkeer tussen het bewegingslab en de praktijk. Alhoewel het niet zo is dat je uit het praktijkveld met een vraag komt en dat die ook echt tot iets leidt. "Het is vaak een kwestie van een langetermijngesprek. Zoals bijvoorbeeld met de bedrijven waarmee we nu al langere tijd veel samenwerken. Dan leer je elkaars taal en belangen kennen. Zij komen nu gewoon met de ideeën waar zij mee bezig zijn: zou dit wat kunnen zijn en kunnen jullie daarbij helpen? Hetzelfde geldt als je een langlopende samenwerking met klinici hebt. Dan ken je ook goed elkaars belangen en weet je waarin je elkaar kunt helpen".

Literatuur:

1. **Van Lummel RC, Walgaard S, Maier AB, Ainsworth E, Beek PJ, van Dieën JH.** The Instrumented Sit-to-Stand Test (ISTS) Has Greater Clinical Relevance than the Manually Recorded Sit-to-Stand Test in Older Adults. PLoS One. 2016 Jul 8;11(7)

Geïsoleerde krachttraining bij kwetsbare ouderen

Een beperkt literatuuroverzicht

John Branten, Stefan Janssen



Progressief geïsoleerd krachttraining

Dit artikel beschrijft de zoektocht die in de afgelopen decennia door fysiotherapeuten en onderzoekers is uitgevoerd rondom, veelal geïsoleerde, krachttraining. Het blijkt dat fysiek slecht functionerende ouderen zeer frequent weinig kracht hebben, dat deze kracht geïsoleerd uitstekend te trainen is en dat de toenemende kracht leidt tot beter functioneren in de ADL. Krachttraining is de best onderzochte interventie binnen de fysiotherapeutische zorg voor (kwetsbare) ouderen. Op het eind gaat het artikel nog in op nieuwere ontwikkelingen zoals powertraining en eiwit-suppletie.

Spierechografie bij ouderen

Een gesprek met Willemke Nijholt door Shanty Sterke

Spierechografie is een betrouwbare en valide manier om de spieren te kwantificeren bij ouderen. Dat concluderen Willemke Nijholt en medeauteurs in een overzichtsartikel in het tijdschrift *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. Nijholt is docent-onderzoeker aan de Hanzehogeschool en verbonden aan het lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing. Daarnaast geeft ze les op de opleiding medische beeldvorming en radiotherapeutische technieken. Ze doet promotieonderzoek met als centrale thema lichaamssamenstelling, in het bijzonder naar de beeldvorming van spiermassa met behulp van spierechografie.

Volgens de European Working Group of Sarcopenia in Older People heeft ongeveer een kwart van de zelfstandig wonende ouderen met mobiliteitsproblemen sarcopenie. Sarcopenie kenmerkt zich onder andere door de afname van de spiermassa. Computertomografie (CT) en Magnetic Resonance Imaging (MRI) worden beschouwd als de gouden standaard voor het meten van de spiermassa. Ook met Dual-energy X-ray Absorptiometry (DXA), in ziekenhuizen gebruikt om botdichtheidsmetingen te doen, kan spiermassa gemeten worden. Echter deze technieken zijn in de dagelijkse fysiotherapiepraktijk niet bruikbaar door de hoge kosten. Bovendien zijn de apparaten veel te groot en daarom niet praktisch.

In de dagelijkse (fysiotherapie)praktijk is behoefte aan methoden om de spiermassa te kunnen bepalen. Daarom onderzochten de auteurs of spierechografie een goed alternatief zou kunnen zijn voor CT, MRI en DXA. Een groot voordeel van spierechografie is dat het apparaat draagbaar en makkelijk beschikbaar is. Het belangrijkste element van een echotoestel is de transducer. Deze zendt geluidsgolven uit met een hoge frequentie, ofwel ultrasoon geluid. De geluidsgolven verplaatsen zich door het lichaam en worden door de weefsels teruggekaatst, bijvoorbeeld door de overgang van spier naar een andere spier. De transducer vangt de teruggekaatste signalen ook weer op

en zet deze om in beeld.

“Met echografie kan je heel goed op lokaal niveau kijken waar het probleem zit”, legt Nijholt uit. “Het is een dynamische manier van meten en dat wil zeggen: Je scant op een bepaald niveau, maar als je ook iets aan een andere spier ziet of een aanhechtingsprobleem tegenkomt, dan kan je daar je scan op aanpassen. En wanneer je bijvoorbeeld de bovenbeen spier meet en ziet dat die klein is in vergelijking met de normwaarden, dan kun je ook nog kijken of dat ook zo is in de bovenste ledematen. Want er wordt wel gezegd dat afname van spiermassa in de onderste ledematen veelal door inactiviteit komt en in de bovenste ledematen meer door ondervoeding. Dus met echografie kun je kijken waar er sprake is van spiermassaverlies en wat voor interventie je moet

...er wordt wel gezegd dat afname van spiermassa in de onderste ledematen veelal door inactiviteit komt en in de bovenste ledematen meer door ondervoeding...

doen. Als je dan die interventie hebt gedaan dan kan je ook kijken of die effectief geweest is. Maar”, waarschuwt Nijholt, “het is nog niet zover dat we sarcopenie kunnen diagnosticeren. De afkapwaarden voor lage spiermassa, gemeten met spierechografie, zijn (nog) niet opgenomen in de definitie van sarcopenie”.

In hun systematische review over spierechografie bij ouderen includeerden de auteurs dertien studies naar de betrouwbaarheid en acht studies naar de validiteit van spierechografie. De onderzochte populaties waren zowel gezonde ouderen, als ouderen met een aandoening, zoals CVA, COPD, osteoarthritis en harten vaatziekten. Van alle geïncludeerde studies was de

methodologische kwaliteit, bepaald aan de hand van twee verschillende checklists met verschillende beoordelingscriteria, goed.

Alle dertien geïncludeerde studies gericht op de betrouwbaarheid onderzochten de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid van spierechografie bij ouderen, waarvan vier studies ook de intra-beoordelaarsbetrouwbaarheid onderzochten. De intraclass correlation coëfficiënt (ICC) scores voor betrouwbaarheid varieerden van -0.26 tot 1.00. Hoe dichter de ICC bij 1 is, hoe hoger de betrouwbaarheid. De hoogste ICC scores werden gevonden bij metingen van de vastus lateralis (ICC = 0.85 tot 1.00), rectus femoris (ICC = 0.72 tot 1.00), biceps (ICC = 0.81 tot 0.99) en de rompmusculatuur (0.73 tot 1.00).

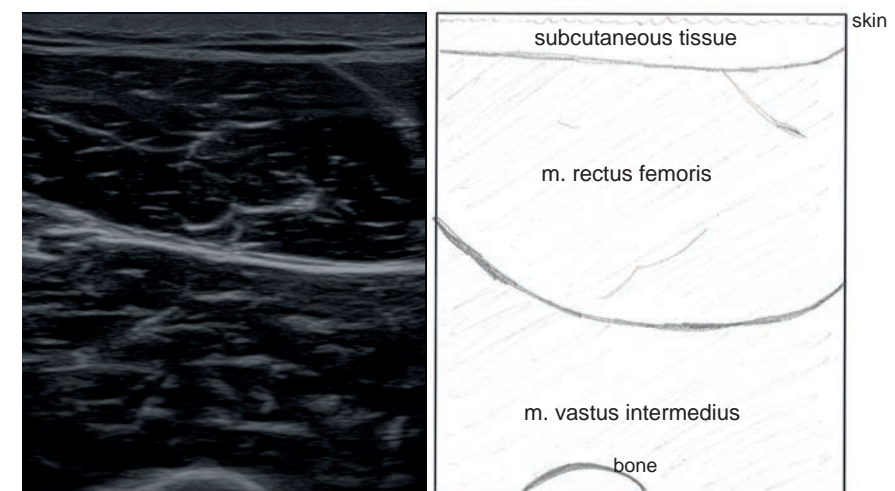
Acht studies naar de concurrente validiteit (in hoeverre de metingen overeenkomen met een gouden standaard) vonden ICC scores variërend van 0.92 tot 1.00. Dit waren alle studies die bovenbeenspieren beoordeelden. Twee van de acht geïncludeerde studies onderzochten de validiteit van voorspellingsformules. Dat ging om studies die op basis van een aantal metingen op het lichaam een voorspelling deden over de totale spiermassa. De verklaarde variantie r^2 varieerde van 0.92 tot 0.96. Hoe dichter r^2 bij 1, hoe groter de overeenstemming met de gouden standaard.

Alhoewel de resultaten van deze systematische review veelbelovend lijken, zijn de auteurs van mening dat er zowel bij gezonde ouderen als in de klinische

setting meer onderzoek nodig is. Er waren slechts twee studies naar de validiteit van spierechografie voor het schatten van de totale spiermassa bij ouderen. Meer onderzoek om voorspellingsformules te kunnen valideren bij ouderen is daarom nodig.

De auteurs plaatsten wel een kanttekening bij de systematische review. Namelijk, de conclusie dat spierechografie een betrouwbaar instrument is om spiermassa te meten, is gebaseerd op grote spiergroepen zoals de quadriceps. Bij kleinere spiergroepen, zoals onderarm- en onderbeenspieren, werden wel lagere scores gevonden. Het beoordelen van kleine spiergroepen met echografie is lastiger vanwege een beperkte resolutie. Nijholt legt uit wat daarmee bedoeld wordt. “Het vermogen om verschillende structuren die dicht bij elkaar liggen af te beelden, wordt spatiale resolutie genoemd. Hoe hoger de frequentie van de gebruikte transducer, hoe beter de resolutie. Bij kleine spieren kan het zijn dat het ontstane echobeeld niet goed genoeg is om die spier te onderscheiden van de omliggende structuren”. Het gebruik van echografie voor kleinere spieren zou dus verder onderzocht moeten worden.

De bevinding dat spierechografie een betrouwbaar meetinstrument is om spiermassa te kwantificeren komt overeen met eerdere systematische reviews in jongere populaties. Toch zijn de auteurs van mening dat de bruikbaarheid in de praktijk bij een klinische populatie nog wel een uitdaging is. Dit heeft te ma-



Figuur 1: Echobeeld van de Quadriceps met interpretatie

ken met het verschijnsel echogeniteit. Nijholt legt uit dat weefsels op een bepaalde manier op het ultrasone geluid reageren. "Een normale spier beeldt zich af met een lage echogeniteit, dus een donkergrijs echo-beeld. Als de echogeniteit van de spier verhoogd is beeldt de spier zich veel lichter af. Het zegt dan iets over de hoeveelheid vet in de spieren. Het blijkt dat met de leeftijd die echogeniteit toeneemt maar ook bij neuromusculaire ziektes".

Voor wie overweegt in de praktijk aan de slag te gaan met spierechografie is anatomische kennis van groot belang, volgens Nijholt. Dat zal in ieder geval geen probleem zijn voor fysiotherapeuten. "Een goed echografieapparaat kost zo'n tien à vijftienduizend euro. Uiteraard is het ook van belang een training te volgen in de toepassing en interpretatie van de scans". Wie meer details wil weten over de geïncorporeerde studies en de beoordelingscriteria kan het artikel gratis downloaden vanaf de website van het Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle.

Literatuur

1. **Nijholt W, Scafoglieri A, Jager-Wittenaar H, Hobelen JSM, van der Schans CP.** The reliability and validity of ultrasound to quantify muscles in older adults: a systematic review. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2017 Jul 12.

Voorkomen, herkennen en behandelen van sarcopenie en ondervoeding voor een gezonde oude dag

Joske van Schijndel



De fysiotherapeut speelt een rol bij de diagnostiek en behandeling van sarcopenie. Multidisciplinaire samenwerking is van belang voor goede diagnostiek en adequate interventies bij ouderen met sarcopenie. Naast sarcopenie is ondervoeding een syndroom wat veel voorkomt bij kwetsbare ouderen. Gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging is belangrijk voor het optimaliseren van de gezondheid van ouderen. Met name een te lage eiwitsynthese heeft een negatieve invloed op de mogelijke progressie van de te trainen functies door de fysiotherapeut. Het aanbieden van eiwitten tijdens of vlak na de training kan een positieve invloed hebben en de kans op een gunstig revalidatieresultaat vergroten.

een zeer succesvol congres waarbij tijdens verschillende bijeenkomsten (waaronder een INDABA-discussie-sessie, een netwerkbijeenkomst en een ledenvergadering) er drie nieuwe landen lid zijn geworden (Japan, Griekenland en Slovenië) en er vijftien nieuwe associate members zijn aangesloten (associate members zijn individuele leden die in hun eigen land nog geen officiële subgroep geriatriefysiotherapie hebben).



Dr. Jennifer Bottomley, president IPTOP, tijdens de INDABA sessie.

INDABA-discussie-sessie:

Het woord komt uit het Zoeloe en geeft aan dat de mening van alle betrokkenen wordt gehoord om in een complexe zaak tot een oplossing te komen. De WCPT gebruikt dit woord om de ruimte aan te duiden waar deelnemers kunnen luisteren naar standpunten, meedoen aan discussies en advies kunnen vragen en geven. Met het innovatieve en flexibele gebruik van de ruimtes hoopt de congresorganisatie de deelnemers een nieuwe ervaring te bieden die gebaseerd is op een Afrikaanse traditie.

De deskundige aan het woord: Bernadette Berendes



“Zuster ik moet plassen.” Wie in een verpleeghuis werkt zal het vast wel eens gehoord hebben dat de verzorgende dan zegt: “maar u bent net geweest.” Volgens Bernadette Berendes, bekkenfysiotherapeut en bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Bek-

kenfysiotherapie, kan je met uitleg aan de verzorgende en aan de bewoner best nog iets doen in zo’n situatie. Niet dat zij een eenduidig antwoord heeft, maar na twee of drie keer met de bewoner bezig te zijn, kan ze vaak al een heel goed advies geven. “Ik denk altijd dat het belangrijk is dat degenen die de mensen verzorgen of behandelen ook een beetje moeten snappen hoe het zit”, zegt Berendes. “Ouderen en zeker mensen die beginnen te dementeren hebben heel vaak urgeklachten, dus aandranggevoel zonder dat de blaas echt al heel vol is. Hun lichaam zegt ‘je moet plassen’ maar als je kijkt naar het volume dat ze uitplassen dan is dat eigenlijk helemaal nog niet nodig. Je kunt niet zomaar zeggen dat je deze mensen wel of niet meteen weer op de wc moet zetten. Dat ligt veel genuanceerder. Heeft de bewoner niet goed uitgeplast, is er een overactiviteit van de blaas en/of van de bekkenbodempieren? Of is het omdat iemand oud is en misschien dementerend of ligt het aan de medicatie?”

Berendes heeft in 1997 een opleiding gedaan die het dichtst komt bij de huidige opleiding tot bekkenfysiotherapeut. In 2005 is het vak bekkenfysiotherapie een verbijzondering geworden. In de afgelopen twintig jaar heeft het vak een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Dertig jaar geleden leerden we nog op de fysiotherapieopleiding dat je van stippeltjes of streepjes plassen de bekkenbodempieren sterker maakt. Volgens Berendes is dat tegenwoordig geen techniek die je mensen graag aanleert. “Plassen is een natuurlijk proces. De blaas is een gladde spier. Als die vult gaat de spier zich samentrekken om de inhoud eruit

te werken. Dat merk je als aandrang om te plassen. Als je op het toilet gaat zitten geef je aan: “nou plas kom er maar uit.” Het enige wat je doet is de bekkenbodempieren openen door te ontspannen en je blaas doet het werk. Het is heel onnatuurlijk om de blaas ineens te laten stoppen met plassen. Dan verstoor je de normale procedure. Met stippeltjes plassen moet je denken aan de wasmachine die je aanzet. De was-

Ik denk dat ... bekkenfysiotherapeuten heel goed de scheiding kunnen maken tussen wat wij toevoegen en wat de algemeen fysiotherapeut of geriatriefysiotherapeut ... kan betekenen

machine gaat water nemen. Als er genoeg water is dan gaat de vlotter ervoor en daardoor stopt het water in de leiding. Dat is eigenlijk wat er gebeurt op het moment dat jij gaat stippeltjes plassen. Je hebt kleppen in de blaas die verhinderen dat de urine vanuit de blaas terugstroomt naar je nieren. Op het moment dat jij gaat plassen trekt de blaas zich samen en de kleppen gaan dicht zodat er geen urine terug kan stromen naar je nieren. En als jij dan ineens aan de onderkant de vlotter ervoor laat schieten door je bekkenbodempieren te sluiten komt er een enorme terugslag urine. Opeens wordt de druk in de blaas verhoogd en daar kunnen de kleppen kapot van gaan.”

Volgens Berendes kan de bekkenfysiotherapeut een goede aanvulling zijn op andere gespecialiseerde fysiotherapeuten. Daarbij benadrukt ze dat ze hen geenszins het gevoel van broodnijd of broodroof wil geven. “Ik denk dat wij als bekkenfysiotherapeuten heel goed de scheiding kunnen maken tussen wat wij toevoegen en wat de algemeen fysiotherapeut of geriatriefysiotherapeut voor de patiënt kan betekenen. Ik wil niet iemand trainen om sneller of beter te lopen of sterkere bovenbenen te krijgen. Ik wil echt dat stukje doen waarin ik gespecialiseerd ben. We willen

graag dat andere fysiotherapeuten signalen herkennen en daarmee met de patiënt in gesprek kunnen gaan zodat ze mensen kunnen doorverwijzen." Alhoewel er tegenwoordig steeds meer geriateren zijn die weten dat je ook bij ouderen wel wat kan bereiken, is er volgens Berendes wat betreft verwijzen nog een wereld te winnen. "Het is heel vaak zo dat iemand die incontinent is voor urine of ontlasting bijna niet meer thuis kan blijven wonen omdat de mantelzorg het niet meer aankan. Ik heb nog niet zo lang

Urine-incontinentie zit overigens in de basisverzekering voor negen keer

geleden een mevrouw van in de negentig behandeld. Ze had een slechte hartfunctie, slikte veel plaspillen en moest daarom elk kwartier naar de wc. Ik heb haar kunnen leren hoe zij die blaas toch wat minder vaak de zin moest geven door een soort uitsteloefening, hoe zij de bekkenbodembeter kon gebruiken en hoe ze zonder buikdruk uit de stoel kon opstaan waardoor ze niet al een paar druppeltjes verloor. Deze vrouw gebruikte eerst vier luierbroekjes per dag en nu nog twee en was daar ontzettend blij mee. Vaak moet je met de patiënt een beetje puzzelen. Hoeveel drinkt u en wanneer, hoe vaak plast u? Door daarmee aan de slag te gaan en mensen uit te geven over anatomie en fysiologie zie je vaak dat er heel veel begrip ontstaat. Als je zo kan voorkomen dat mensen te behoeftig worden dan is dat heel mooi." Het aanleren van nieuwe dingen wordt een stuk lastiger als iemand aan het dementeren is. Maar ook voor mensen met dementie kan de bekkenfysiotherapeut iets betekenen. "Ik heb zelf een dementerende vader. In het begin kreeg hij opeens enorme urgeklachten voor plassen. Toen kon ik nog wel gewoon met hem redeneren. Door hem te leren hoe hij dat aandranggevoel kon negeren of kon uitstellen is hij daar weer helemaal vanaf gekomen. Voor dementerenden die zelf nog mobiel zijn, dus zelf nog naar het toilet kunnen gaan, is het in elk geval belangrijk dat ze makkelijke kleding aan hebben en dat ze goed de route

kunnen vinden naar het toilet. Je zou met pictogrammen kunnen werken om mensen de weg te wijzen. Op den duur zullen mensen, die ernstig dement zijn, toch in een tehuis terecht komen. Maar als je dat nog uit kan uitstellen dan is dat toch wel heel fijn. Dan is de huisarts of de geriater eigenlijk in een vroeg stadium degene die dat stukje nog kan voorkomen." Een ander probleem dat veel bij ouderen voorkomt zijn aambeien. Een groot deel van de mensen met aambeien vertoont verkeerd bekkenbodembedrag. Ook daar kan de bekkenfysiotherapeut advies geven. Behalve meer bewegen, goed eten en veel drinken geldt ook bij deze mensen dat ze goed toiletgedrag aanleren. "Dat betekent dus dat ze niet moeten persen maar dat ze proberen de aandrang te volgen. Wij zeggen tegen onze patiënten die nog gewoon zelf kunnen lopen en alles kunnen doen, 'u moet naar het toilet gaan voor ontlasting als u voelt dat u moet'. Het probleem is vaak dat ze niet altijd zelfstandig het toilet kunnen bereiken. Voor deze mensen zou het goed zijn om een tijdje rustig op het toilet te zitten. Een kwartier tot een half uur na het eten is de gastrocolische reflex het beste waardoor men dus ook de grootste kans op ontlasting heeft. Laat ze eventueel met de benen wat hoger zitten waardoor ze druk kunnen opbouwen, dan wachten tot de ontspanning en eigenlijk ook de aandrang zich vanzelf aandienen en laat ze dan pas meepersen." Als wij (geriatrie)fysiotherapeuten meer kennis hebben van de bekkenproblematiek bij ouderen en weten wanneer we naar een bekkenfysiotherapeut kunnen verwijzen dan kan dat de kwaliteit van leven van ouderen met bekkenproblemen verbeteren. "Urine-incontinentie zit overigens in de basisverzekering voor negen keer, dus dat gaat dan niet van het totaal van de andere behandelingen af. Zodat mensen niet hoeven te denken, ja maar als ik vijf keer bij de bekkenfysiotherapeut ben geweest dan heb ik bijna geen behandelingen meer over voor een andere fysiotherapeut. Het hoeft dus geen belemmering te zijn", aldus Berendes.

Shanty Sterke

Bekkenbodempdisfuncties bij ouderen Een samenwerkingsproject van de NVFB en de NVFG

Auteur: Liesbeth Westerik-Verschuuren, MSPT, Heidi Moosdorff-Steinhaus, Msc., Nienke de Vries, PhD

Auteursgegevens: Liesbeth Westerik-Verschuuren werkt in Twente en aan de SOMT in Amersfoort, Heidi Moosdorff werkt als bekkenfysiotherapeut bij Dejongenvitaal in Hardinxveld Giessendam en is promovendus aan de Universiteit Maastricht, Nienke de Vries is werkzaam bij de Radboudumc in Nijmegen.

Correspondentie: l.westerik-verschuuren@somt.nl



Op de foto van links naar rechts:

Paul van Houten, Nienke de Vries, Liesbeth Westerik, Heidi Moosdorff en Ivan Bautmans.

Samen hebben zij het project op de dag van de fysiotherapeut in 2015 gepresenteerd en gewezen op het belang van het herkennen van bekkenbodempdisfuncties bij ouderen.

Bekkenbodempdisfuncties zijn voor geriatriefysiotherapeuten vaak nog onbekend terrein, terwijl ze een duidelijke relatie hebben met valrisico en cognitieve achteruitgang. Ouderen met urineverlies hebben de neiging om minder te lopen waardoor het risico ontstaat dat men in een negatieve spiraal terechtkomt die leidt tot passiviteit en sedentair gedrag. Van de andere kant is het voor bekkenfysiotherapeuten niet altijd helder in welke gevallen men een geriatriefysiotherapeut kan inschakelen. Om deze redenen hebben zowel bekken- als geriatriefysiotherapeuten, samen met een klankbordgroep van de NVFB en NVFG, flowcharts ontwikkeld voor het behandelen van ouderen met bekkenbodempdisfuncties.